

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

BUSCANDO A SENSIBILIZAÇÃO DA MULHER PARA PREVENÇÃO DO
CÂNCER GINECOLÓGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO
PROBLEMATIZADORA

Florianópolis, março de 1998

CINTHIA REGINA MENDES PEREIRA

CRISTIANE CORRÊA MELO

GRAZIELA NAZARÉ NUNES

**BUSCANDO A SENSIBILIZAÇÃO DA MULHER PARA A PREVENÇÃO
DO CÂNCER GINECOLÓGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO
PROBLEMATIZADORA**

*Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem da UFSC
apresentado à disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada*

N.Cham. TCC UFSC ENF 0432

Autor: Pereira, Cinthia R

Título: Buscando a sensibilização da mul



972492345 Ac. 241841

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0432

Ex.1

Orientadora: Olga Regina Zigelli Garcia

Co-orientadora: Ivonete T. S. Buss Heidemann

Supervisora: Claudete Espíndola Tomaz

Florianópolis, 1998

Um velho sábio caminhava pela praia, quando encontrou um jovem rapaz que de tempos em tempos, agachava-se na areia, pegava uma estrela do mar e jogava-a de volta para água, para além da rebentação das ondas.

Intrigado com a atitude do rapaz, o velho sábio perguntou-lhe:

- “O que fazes meu rapaz?”

O jovem então respondeu:

- “A maré está baixando, o sol está muito quente, se estas estrelas do mar permanecerem na areia, irão morrer.”

O velho sábio retrucou:

- “Mas meu jovem, são milhares de quilômetros de praia pelo mundo, sua atitude não fará nenhuma diferença.”

O rapaz agachou-se novamente, juntou mais uma estrela do mar e devolveu-a à água, atirando-a com carinho o mais longe que pode. Olhou para o velho sábio e respondeu:

- “Para esta estrela fará diferença!”

AUTOR DESCONHECIDO

AGRADECIMENTOS DO GRUPO

Com a finalização desta fase, surge o momento de agradecer por mais uma etapa de nossas vidas que é concluída.

Agradecer por todos os momentos e pelas pessoas especiais que de uma maneira ou outra nos fizeram crescer, tanto como seres humanos como profissionais.

À Deus

Hoje, na concretização de nossos sonhos e vitórias, temos a convicção que Deus se faz presente, tão certo como o ar que respiramos e como o amanhã que se levanta. Hoje, cabe a nós agradecer, pois só estamos aqui porque ele nos amparou a cada vez que tropeçamos e a cada vez que a vida nos disse não, ensinando-nos que é caindo que se levanta e é errando que se aprende a viver. Hoje, temos a certeza de que a vitória só sorrir àqueles que nunca desistem. Pedimos a Deus que nos guie pelas estradas da vida e que esse “Até breve” jamais se transforme em “Adeus”.

Agora gostaríamos simplesmente de dizer, Obrigado Pai!

Aos Seres Iluminados

Que em todos os momentos de nossas vidas estiveram presentes, guiando-nos com sua luz divina e pelos benefícios que nos têm concedido. Muito Obrigado. Indignas seríamos, se os atribuíssemos ao acaso do acontecimentos ou apenas aos nossos próprios esforços.

À Orientadora Olga Regina Zigelli Garcia

Dizer-lhe muito obrigado é pouco e não expressa tudo o que queremos lhe transmitir. Suas lições, dedicação e apoio ultrapassaram a teoria e atingiram a compreensão, amizade, e acima de tudo, nos mostrou a importância e o valor de nossa profissão.

À co-orientadora Ivonete Buss Heidemann

Nossa gratidão à aquela que repartiu conosco os seus conhecimentos, colocando em nossas mãos as ferramentas com as quais tentamos abrir novos horizontes, rumo à satisfação plena de nossos ideais profissionais e humanos.

À Supervisora Claudete Espíndola Tomaz

Agora que estamos nascendo para um novo mundo, não mais necessitamos de mãos protetoras, mas de mãos que colham os brotos das sementes por você plantada. Por você nos sentimos fortalecidas, por isso somos muito agradecidas.

À enfermeira Maria Aparecida

Vivemos algumas lutas juntas, e delas carregamos a marca da experiência . Não permanecemos por muito tempo juntas, mas sua “garra” será sempre lembrada.

À acadêmica de Psicologia Karina Zacaron da Silva

Por acreditar em nossas propostas, oportunizando-nos a vivência da interdisciplinaridade, mas acima de tudo, pelo companheirismo e amizade.

***Aos Funcionários do Centro de Saúde II da lagoa da Conceição, Casa da
Cultura, Mulheres que Participaram da Construção dos Círculos de Cultura e
Clientes***

Talvez tenhamos representado apenas mais um grupo que chegou, passou e partiu. Talvez não tenhamos sido mas do que uma rotina, algo comum em suas vidas, porém, tenham a certeza de que levaremos, além do aprendizado, a saudade, deixando aqui nossos agradecimentos a vocês que, anonimamente ou não, participaram de nossa luta.

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

Ao Meu Pai Sebastião Pereira

Pela oportunidade de crescer, força para continuar e apoio em todos os momentos de minha existência, à você eu dedico além de meu futuro, toda a minha vida.

À Minha Mãe Cleusa

De você recebi o dom mais precioso do mundo: *A VIDA*. Não contente em presentear-me apenas com ela, revestiu minha existência, com amor, carinho e dedicação, cultivou na criança todos os valores que a transformaram num adulto responsável e consciente.

Abriu as portas para o meu futuro, iluminando o meu caminho com a luz mais brilhante que pode encontrar: *O ESTUDO*.

Trabalhou dobrado, sacrificou seus sonhos em favor dos meus, não fostes apenas mãe, mas amiga e companheira, mesmo nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis e o estudo, um fardo pesado demais.

Hoje, procuro, entre as palavras aquela que gostaria que seu coração ouvisse do meu, e só encontrei um simples e sincero: EU TE AMO!

Aos Meus Amigos Marcelo, Lisian e Cibeles

Que nunca deixaram de acreditar em mim, com certeza, sem vocês, a conclusão deste seria impossível.

À Minha Amiga Graziela

Que acompanhou meus últimos passos nesta jornada acadêmica, estando presente em todos os momentos felizes e difíceis, como amiga e irmã.

À Professora Alcione

Que transcendeu o papel de simples professora e me ensinou a verdadeira arte de cuidar

Aos Clientes

Que me ensinaram a viver, a acreditar, a ver o mundo de forma diferente, mas que principalmente, me mostraram um modelo dedicado de profissional.

Cinthia

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

Aos Meus Pais

Tudo começou com a minha vinda a este mundo. Vocês sempre incentivaram-me a viver com dignidade, iluminando meus caminhos para que o trilhasse sem medo.

Hoje, estou realizando um sonho! Reconheço que nada disso existiria se vocês não tivessem renunciado aos seus sonhos em favor dos meus.

Obrigado pelo estímulo, dedicação e principalmente por me deixarem existir neste mundo.

Amo vocês

Aos Meus Irmãos

Ao encontrar as trevas diante de mim, muitas vezes esbravejei ao invés de procurar acender uma luz. Sei que errei e muitas vezes os condenei. Mas apesar das dificuldades que encontramos ao longo de nossas existências, hoje quero reacender e manter esta luz acesa, para servir de farol a guiar nossos caminhos.

À Pessoa Que Amo

À você que conviveu com minhas alegrias e tristezas nesta caminhada, que motivou-me a seguir em frente e que teve paciência. Que abriu mão de momentos de convívio e que sofreu por minha ausência.

Meu reconhecimento por sua compreensão e seu carinho.

A Professora Tamara

À você que acreditou na minha capacidade de poder ser... Obrigado por repartir sua experiência de vida e por incentivar-me a trilhar o caminho com fé, coragem e determinação.

Aos Colaboradores da Secretaria da Justiça e Cidadania

Agradeço aos funcionários pelo incentivo na caminhada de minha formação acadêmica. E à todos que participaram direta ou indiretamente de minha luta, obrigado.

Cristiane

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

Ao Meu Pai, Alfeu Nunes

Que apesar da ausência física, sempre esteve comigo, encorajando-me a seguir em frente, não se importando com as adversidades do mundo, a minha eterna saudade.

À Minha Mãe Sandra

De você recebi o dom mais precioso do mundo: *A VIDA*. Não contente em presentear-me apenas com ela, revestiu minha existência, com amor, carinho e dedicação, cultivou na criança todos os valores que a transformaram num adulto responsável e consciente.

Abriu as portas para o meu futuro, iluminando o meu caminho com a luz mais brilhante que pode encontrar: *O ESTUDO*.

Trabalhou dobrado, sacrificou seus sonhos em favor dos meus, não fostes apenas mãe, mas amiga e companheira, mesmo nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis e o estudo, um fardo pesado demais.

Hoje, procuro, entre as palavras aquela que gostaria que seu coração ouvisse do meu, e só encontrei um simples e sincero: *OBRIGADA!*

À minha Avó, Tios(as), Primos(as) e Irmãs

Há uns que nos falam, e não ouvimos.

Há uns que nos tocam, e não sentimos.

Há aqueles que nos ferem, e nem cicatrizes deixam.

Mas há aqueles que simplesmente vivem, e nos marcam por toda vida, o meu profundo obrigada à vocês.

À Cinthia

Nesta caminhada fostes companheira de minhas lutas, vitórias e dos momentos tristes, portanto hoje fazes parte de minha vida. A ti o meu profundo carinho.

Ao Meu Esposo

Que soube entender as minhas ausências, jamais deixando de estar presente, o meu amor e respeito.

Ao Meu Afilhado Diego

Cujo o exemplo de vida me incentivou na escolha de meu futuro profissional, à minha dedicação.

Graziela

RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição no período de 25 de março à 06 de junho, com o objetivo de refletir com as mulheres usuárias do Centro de Saúde e moradoras das comunidades circunvizinhas, a importância da prevenção do Câncer Ginecológico, buscando a sua mobilização para promoção da saúde, através da assistência de enfermagem fundamentada no referencial pedagógico de Paulo Freire. No período de desenvolvimento do projeto, foram atendidas pelas acadêmicas, no Centro de Saúde, 36 mulheres com as quais foi desenvolvida uma assistência de enfermagem que incluiu a coleta de material para exame colpocitológico com as reflexões necessárias, a realização e ensino do auto exame de mama, com ênfase no estímulo para a incorporação da prática do mesmo e atividades de sala de espera com todas as mulheres, usuárias do Centro de Saúde no período de estágio. Além das atividades junto ao Centro de Saúde, foram realizadas ações informativas como: doze palestras sobre a prevenção do Câncer Ginecológico em escolas, publicação de matéria sobre auto exame de mama divulgada em jornal, participação em eventos da comunidade da Lagoa e da Enfermagem divulgando a prevenção do câncer ginecológico. Foi realizada como atividade educativa, a construção do círculo de cultura sobre saúde da mulher, num total de sete reuniões com a participação efetiva de 03 mulheres da comunidade. O trabalho desenvolvido, nos leva a concluir que a educação em saúde, apesar de não ser onerosa, envolve, além do conhecimento científico, tempo, boa vontade, paciência, perseverança, interesse e principalmente a formação de parceria entre os participantes do processo pedagógico. A experiência por nós vivenciada mostrou que as mulheres não executam o auto exame de mama, apesar de conhecê-lo porque através da reprodução da educação bancária, são apenas informadas, o que não gera mudança de comportamento, uma vez que não são efetivamente educadas para promoção de sua saúde. Apesar de ser difícil de ser aplicada, por mexer com os paradigmas do profissional de saúde, a aplicação do referencial teórico de Paulo Freire mostrou-se viável em educação popular em saúde, exigindo, entre outros, uma inserção real no contexto da comunidade a ser trabalhada, mas que incorremos em momentos contraditórios entre a educação problematizadora e a educação bancária. O trabalho desenvolvido nos leva a concordar com Freire, quando diz que “mudar é difícil, porém é possível” e, neste sentido, acreditamos que as metas estabelecidas foram alcançadas, através das ações por nós realizadas e sentimos-nos gratificadas pelo resultado atingido, ou seja, o despertar na mulher, de sua mobilização, no sentido de reconhecer a necessidade do seu auto conhecimento e autocuidado, para expressão do potencial de sua saúde total, sem esquecer de que o trabalho que fazemos para evoluir não é uma meta, mas um processo que levará a vida inteira.

SUMÁRIO

1 - INTRODUZINDO O TEMA	17
2 - ESTABELECENDO OS OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	24
4 - ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS	31
4.1 Aspectos Gerais do Campo de Estágio	31
4.2 Planta Física do Centro de Saúde	32
4.3 População alvo	33
4.4 Plano de Ação	34
5 - REVISANDO A LITERATURA	36
5.1 Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino	
Segundo Jacob e Francone	37
5.1.1 Sistema Reprodutor Feminino	37
5.1.1.1 Órgãos Externos	37
5.1.1.2 Órgãos Internos	40
5.2 Fisiologia do Mecanismo de Proteção Vaginal	
Segundo Jacob Francone	44
5.3 Colpites	46
5.3.1 Tricomoníase	47
5.3.2 Cândida Albicans - Monilíase	49

5.3.3 Colpite por "Haemophilus Vaginalis"	50
5.3.4 Colpite Senil	51
5.3.5 Colpites Ditas Inespecíficas	52
5.4 Cervicites	53
5.4.1 Cervicite Aguda	53
5.4.2 Cervicite Crônica	54
5.5 Câncer Genital	56
5.6 Técnica para Coleta de Material Cérvico Uterino	63
5.7 Teste de Schiiller	65
5.8 Anatomia das Glândulas Mamárias	66
5.9 Fisiologia da Glândula Mamária	67
5.10 Câncer de Mama	68
5.10.1 Fisiopatologia	69
5.10.2 Principais Fatores de Risco para o Câncer de Mama	71
5.10.2.1 Fatores Genéticos	71
5.10.2.2 Fatores Hormonais	72
5.10.2.3 Fatores Associados ao Álcool	74
5.10.2.4 Fatores Nutricionais	74
5.10.2.5 Fatores Histopatológicos	75
5.10.2.6 Fatores Decorrentes de Radiação	76
5.10.2.7 Fatores Relacionados a Raça	76
5.11 Manifestações Clínicas	77
5.12 Exame Clínico das Mamas	78
5.12.1 Sinais de Alarme	81
5.12.2 Sintomas de Alarme	81
5.13 Técnicas Diagnósticas	82
5.13.1 Mamografia	82
5.13.2 Ultrassonografia	82
5.13.3 Aspiração com Agulha - Biópsia Cirúrgica	82
5.14 Estadiamento Clínico	84

6 - FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	89
7 - DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS	90
8 - DESCREVENDO AS AÇÕES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO	120
8.1 Realização de Palestras	120
8.2 Visita ao Instituto Nacional do Câncer	121
8.3 Visitas Domiciliares	121
8.4 Participação do Salão da Enfermagem	122
9 - CONCLUINDO	123
10 - FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES	127
11 - CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	129
12 - PERCEPÇÃO DAS ACADÊMICAS ENQUANTO GRADUANDAS DE ENFERMAGEM	131
13 - APÊNDICES	137
14 - ANEXOS	145

1 - INTRODUZINDO O TEMA

Segundo fontes do Ministério da Saúde, dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e de mama constituem as principais causas de óbito na população feminina de quinze ou mais anos, o que vem a ser ratificado pelo artigo publicado na revista Veja, número 16 de 17 de abril de 1996. O câncer de mama no Brasil mata 5.950 mulheres por ano.

Conforme artigo publicado na revista Veja, número 12 de 26 de março de 1997, o Instituto Nacional do Câncer prevê que o câncer de mama é o que terá maior número de novos casos em 1997 no Brasil, com 28.310 casos, seguidos pelo câncer de colo de útero com 20.500 casos.

Confirmamos no artigo publicado na revista Mulher de Hoje, número 220 de maio de 1998, segundo o Instituto Nacional do Câncer em 1997 tivemos somente no Brasil 36.000 novos casos de câncer de mama, com 8.000 mortes.

Esse tipo de câncer constitui-se numa enfermidade progressiva, iniciada com transformações neoplásicas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos (Souen, 1992).

O câncer ginecológico compreende as neoplasias localizadas no colo e corpo uterino, ovários, vulva, vagina e trompas. As neoplasias malignas de mama têm sido incluídas no grupo ginecológico por ser considerada esta, uma glândula do sistema reprodutor.

Neste grupo de neoplasias predomina o câncer de mama em todo o mundo, seguido em ocorrência pelo câncer de colo uterino. Nos países onde o sistema de prevenção ainda não funciona adequadamente predomina o câncer de colo uterino ou têm ocorrência equivalente ao de mama. (Silveira, 1987).

Segundo Silveira (1987), no Brasil as neoplasias de colo uterino ocupam o primeiro lugar em frequência em relação às do trato genital feminino. A ocorrência destas neoplasias tende a diminuir nos países em que há esquemas de detecção e a população possui um melhor nível intelectual, pois procuram atendimento médico precoce.

Souen (1992), afirma que na sua forma mais habitual, o carcinoma é uma doença possível de ser diagnosticada precocemente e mesmo evitada, desde que se melhore a higiene e se privilegie a assistência rotineira, sendo indubitável que a mortalidade pela doença diminui consideravelmente nas mulheres que se submetem de rotina, aos exames de prevenção.

As atividades relacionadas à prevenção do câncer ginecológico têm por objetivo a diminuição do índice de morbidade e mortalidade causado pelo câncer.

Para Silveira (1987), a incidência no Brasil, de câncer de mama é de 28% e a de câncer de colo uterino é de 15%, ocupando o terceiro lugar epidemiológico das doenças comuns.

A prevenção deve ser feita no plano coletivo, individual e profissional, o que já de antemão põe em evidência os inúmeros problemas que advirão de tais ações, do ponto de vista particular ao público e como resolvê-los. Para tratamento do câncer ginecológico, como de qualquer neoplasia maligna, é de fundamental importância o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas adequadas.

Pelas normas técnicas de controle de câncer cérvico-uterino e de mama do Ministério da Saúde (1986) "toda mulher, independente da idade em que inicia sua atividade sexual deve realizar exame colpocitológico periodicamente segundo às classes de resultado como segue:

- Classe III, IV, V - Controle trimestral com controle médico.
- Classe II - Controle anual.
- Classe I - Controle anual."

Segundo dados estabelecidos, fornecidos pelo Programa Estadual de Controle do Câncer e Tabagismo do Estado de Santa Catarina, no ano de 1995, houve 185.981 coletas de material cérvico-uterino, o que significa uma cobertura de

22,63% da população de risco. Apesar desta cobertura ser ainda considerada baixa, ela cresceu significativamente desde 1975, quando era de 1,26%. Ainda segundo a mesma fonte, em 1995, de um total de 322 casos suspeitos e positivos diagnosticados nas coletas ocorreram, 279 (86,6%) casos de classe III de Papanicolau (suspeitos) e 43 (13,4%) casos positivos de câncer uterino. Destes houve a ocorrência de 25 (7,7%) classe IV (Ca in Situ) e 18 (5,7%) classe V (Ca invasor).

Foram ainda encontrados neste mesmo ano 2.393 alterações mamárias, com 43 (1,8%) casos positivos de câncer de mama.

A grande incidência de câncer ginecológico e os altos índices de morbidade e mortalidade têm sido relacionados com a falta de conhecimento do corpo e a falta da realização do auto-exame, bem como com a insuficiente frequência à consulta ginecológica.

Nossa motivação em desenvolver um trabalho na área da mulher, iniciou a partir das experiências vivenciadas no curso, no cuidado a esta clientela.

O aumento alarmante da incidência do câncer ginecológico, em especial o de mama, aliado a falta de informação da mulher sobre autocuidado à saúde, levou-nos a focar o nosso interesse na temática da prevenção do câncer ginecológico, tendo em vista que as neoplasias malignas constituem um importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência do aumento do número médio de anos de vida do brasileiro, de sua maior exposição a fatores de riscos ambientais e de modificações de hábitos de vida.

Optamos inicialmente em dar continuidade ao trabalho de conclusão de curso desenvolvido por Kamers e Ramos, no segundo semestre de 1997, cujo objetivo foi prestar cuidado de enfermagem à mulher na prevenção do câncer ginecológico, a partir de experiências vivenciadas na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis fundamentada na teoria de Dorothea Orem.

Estas autoras relataram que durante o desenvolvimento do seu trabalho, 72% das 181 mulheres atendidas conheciam o auto-exame de mama, mas não o praticavam rotineiramente. Tal fato nos levou a questionar a importância de

repensar as formas de orientação e ensino deste exame. Dois questionamentos em especial nos intrigaram: Por quê as mulheres, apesar de informadas não mudaram seu comportamento na busca da promoção de sua saúde? Ao informar estamos fazendo educação e saúde?

A partir destes questionamentos começamos junto a orientadora e a co-orientadora a repensar formas de desenvolver um trabalho que germinasse nas mulheres atitudes de mudança de comportamento e que as mobilizasse na promoção de sua saúde.

Na busca de um referencial teórico que nos instrumentalizasse na tentativa de gerar mudança de comportamento, optamos inicialmente em aprofundar nossos conhecimentos em educação em saúde através do estudo do trabalho de Paulo Freire. Este estudo se deu através de uma reunião com a co-orientadora que, por trabalhar com este autor foi por nós convidada a compartilhar conosco seus conhecimentos e sua experiência em trabalhos de educação popular em saúde.

A partir deste primeiro contato com Paulo Freire, encontramos, na nossa percepção, a resposta aos nossos questionamentos, o que nos levou a concluir ser o referencial teórico de Paulo Freire, o que mais adequava-se as nossas pretensões.

Nova dúvida surgiu: Como "casar" Paulo Freire com Dorothea Orem na prática do cuidado a nível institucional?

Entendendo que este "casamento" não seria de todo inviável, porém de difícil execução para um trabalho a nível de graduação, num curto período de tempo, optamos por trabalhar exclusivamente com o referencial teórico de Paulo Freire na educação popular em saúde. Neste sentido decidimos que a melhor conduta seria a mudança de campo de estágio com o desenvolvimento do trabalho em uma comunidade, a partir do posto de saúde local, com o objetivo de refletir com as mulheres usuárias do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição e moradoras da comunidade local a importância da prevenção do câncer ginecológico, buscando a sua mobilização para promoção da saúde através da assistência de enfermagem fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire.

Sabedoras de que tivemos um grande desafio julgamos ter iniciado um trabalho "inovador" e até mesmo "audacioso" nesta temática, com a convicção de que, como diz Freire "mudar é difícil, porém é possível".

2 - ESTABELECENDO OS OBJETIVOS

Os objetivos propostos serão desenvolvidos em 44 dias num total de 220 horas, do dia 25 de março à 06 de junho de 1998, alternando-se nos turnos da manhã, tarde e noite.

2.1 - Objetivo Geral:

Refletir com as mulheres usuárias do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição e moradoras da comunidade local a importância da prevenção do câncer ginecológico, buscando a sua mobilização para a promoção da saúde, através da assistência de enfermagem fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire.

2.2 - Objetivos Específicos:

2.2.1 - Conhecer a estrutura física, operacional, normativa e a área de abrangência do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição.

2.2.2 - Vivenciar a prática da prevenção do câncer ginecológico.

2.2.3 - Buscar a sensibilização das mulheres assistidas e da comunidade local visando a prevenção do câncer ginecológico.

2.2.4 - Contextualizar a prevenção do câncer ginecológico com as mulheres assistidas e comunidade.

2.2.5 - Promover com a população feminina em geral a divulgação de medidas de prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.

2.2.6 - Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

2.2.7 - Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do câncer ginecológico.

3 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Metodologia de trabalho na educação popular em saúde

Com o intuito de se compreender a inserção da prevenção do câncer ginecológico na prática assistencial na comunidade da Lagoa da Conceição, consideramos o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire como o método mais indicado, pois é impossível discutir e aprofundar idéias a respeito de educação popular sem se remeter às contribuições deste autor. Principalmente, quando se trata da tentativa da sensibilização das mulheres da Lagoa da Conceição, principalmente quando o processo educativo só é possível quando o educador se constrói durante o processo pelo qual ele ensina e aprende ao mesmo tempo. Desta forma, apresentaremos formalmente o pensamento do autor.

Embora este autor não explicita seu pensamento mediante estruturas conceituais formais, deixa implícita sua visão de mundo na complexidade de sua obras, principalmente, em "Educação como Prática de Liberdade" (1965), "Pedagogia do Oprimido" (1967), "Educação e Mudança" (1979) e "Pedagogia da Esperança"(1992).

As obras de Paulo Freire têm como pano de fundo o processo pedagógico libertador. Pedagógico porque estabelece a "educação" como processo possível ao partilhamento do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca objetiva de conhecer o cognoscível implica também em consciência crítica deste. Na medida em que os homens criticizam, libertam-se na transformação e construção de si mesmo e do mundo.

A não-partilha do conhecimento do mundo condiciona diferenças e contradições entre os homens, na medida em que uns interpretam e reproduzem o "seu mundo" em detrimento e negação do "mundo do outro", em suma, nega-se o diálogo enquanto momento de partilha e comunhão do mundo. Para Freire, "...o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado..." (1988,p.93).

Enquanto ato de criação, o diálogo é também instrumento de conquista do mundo para a libertação dos homens. O diálogo não só é palavra dita mas palavra-ação, à medida que sua essência é a própria expressão da "práxis" transformadora dos homens e com eles, do mundo.

Para Fiori, Paulo Freire, "...é um pensador comprometido com a vida, não pensa idéias, pensa a existência. É também educador: existência seu pensamento numa pedagogia em que o esforço totalizador da "práxis" humana busca, na interioridade desta retotalizar-se como prática da liberdade" (1988, p.3).

Como educador, não delimita o processo educativo ao ato de "inculcar" no educando o conhecimento sistemático do educador. Ato que ele conhece como "educação bancária", da qual o educando é objeto passivo, receptáculo vazio carente de saber. O educador, nesta concepção, é o sujeito que: "...educa..., ...sabe..., ...pensa..., ...disciplina..., ...opta e prescreve sua opção..." (Freire, 1988, p.67-68), preenche o receptáculo vazio do educando. Em contra posição ao modelo "bancário", Paulo Freire propõe uma "educação problematizadora" na qual "o educador não é o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa" (Ibidem, p.78).

Esta educação problematizadora Paulo Freire dimensiona-a não só o momento pedagógico, mas vincula-a a seu papel de transformação, de determinada realidade, enquanto ato político. Como afirma Gadotti, "...Paulo Freire procura mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar e desempenha sempre - na construção de uma outra sociedade, a sociedade aberta...", esta construção, entretanto, "...não poderá ser conduzida pelas elites dominantes,

incapazes de oferecer as bases de uma política de reformas, mas apenas pelas massas populares, que são a única forma capaz de operar a mudança" (1990,p.26).

Nesta sociedade de diferenças, Freire evidencia então os que oprimem e os que são oprimidos. E a esse últimos propõem sua pedagogia como itinerário em busca da consciência da classe oprimida que "hospeda" em si a consciência do opressor. Essa dualidade na consciência do oprimido assim se manifesta: "...de um lado, essa hospedagem da consciência do dominador (seus valores, sua ideologia, seus interesses), enfim, o medo da liberdade: de outro, o desejo e a necessidade de libertar-se. Trava-se no oprimido uma luta interna" (Gadotti, 1990, p.28).

Freire aí, se propõe intervir, através da consciência articulada com a "...práxis, desafiadora e transformadora, ...não prescindindo a essa consciência o diálogo crítico, a fala, a vivência..." (Ibidem, p.26), em busca da transformação desta realidade mediante a "educação problematizadora".

Por conscientização, não reduz à "tomada de consciência", mas como a ação sobre a realidade, pois esta realiza-se na prática e não na teoria.

Educação problematizadora porque, a nível da consciência dos sujeitos, implica sempre num ato de desvelamento da realidade - tendo como elemento crítico o diálogo - na medida em que os resgata de suas próprias histórias enquanto autores e atores sociais, isto é, sua "práxis".

Com relação à "práxis", embora não explicita formalmente, é entendida como uma unidade que integra, dinâmica e dialeticamente, a prática social, sua análise e sua compreensão teórica como elementos orientadores da luta pela transformação, isto é, como ação-reflexão-ação.

Para Freire, não é possível fazer uma reflexão sobre o que é educação sem refletir sobre o próprio homem. O núcleo fundamental que sustenta o processo educativo é o inacabamento ou a inclusão da homem. Este é considerado como ser que reflete sobre si mesmo e coloca-se num determinado momento, "em" e "com" uma realidade que, sendo histórica, também é igualmente inacabada. O homem é um ser de relações com a natureza e o mundo, criador e recriador, que através do

trabalho transforma a realidade. Coloca o homem e mundo como uma unidade dialética que se recriam através da história.

Ao colocar o homem como criador que, através do trabalho, transforma a realidade, Paulo Freire nos remete a outro conceito importante e indispensável na discussão da pedagogia Freireana: cultura. "Cultura é tudo que é recriado e criado pelo homem. Consiste em recriar e não repetir... é o processo de transformação do mundo pelo trabalho... se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história" (1988, p.115).

Para ele, "ação cultural" e "revolução cultural" são dois momentos da práxis libertadora: a primeira realiza-se em oposição às classes dominantes, enquanto a Segunda realiza-se após a revolução social e política" (Gadotti, 1990, p.33).

Sobre a importância do papel do intelectual e do técnico na transformação de uma determinada realidade, Gadotti assim interpreta Freire: "...se por um lado toda transformação radical implica uma vanguarda lúcida, é preciso que tal transformação se nutra no diálogo, com as massas populares e que as conheça, para que, com elas, possa realizar o que é historicamente viável" (Ibidem, p.33).

"Itinerário"

Paulo Freire iniciou suas experiências com o itinerário em Santiago do Chile, em meados de 1968; em conjunto com uma equipe de educadores desenvolveu a proposta com o nome de "Investigação Temática". Este método têm o objetivo de fazer com que educadores e educandos estejam em constante processo de ação-reflexão-ação, partindo de situações históricas individuais e coletivas. É um processo dialógico, problematizador e conscientizador que proporciona o desvelamento e transformação da realidade.

O método Paulo Freire parti sempre das fontes culturais e históricas dos indivíduos. O profissional deve sempre ser um inventor e reinventor constante em que os "participantes" e profissionais são mediatizados pelo objetivo a ser

desvelados. Devem ter uma atitude crítica em torno do objeto e não um discurso do profissional sobre ele. Nestas relações, o profissional, como educador, e o participante, como educando, são curiosos a cerca da análise do objeto que deve ser problematizado e não transferido como forma de conhecimento do educador para o educando. O "itinerário" de Paulo Freire surge como uma teoria que questiona a natureza do conteúdo e é basicamente constituído em quatro etapas: Investigação Temática, Codificação, Descodificação e Redução Temática.

Na etapa de Investigação Temática realiza-se uma pesquisa prévia para investigação do universo de temas vividos, no meio cultural da comunidade. Constitui-se a investigação de um mínimo de temas com uma alta importância comunitária, transformando-se no ponto de partida para conquista dos demais anseios da coletividade, que podem ser considerados como "temas geradores", relacionadas com a vida quotidiana dos indivíduos e do grupo social a que pertencem.

Nesta fase do itinerário, educador e educandos problematizam o objeto "cognoscível". Esta problematização vai ocorrendo na medida em que os problemas são colocados e todos vão obtendo sua compreensão através do diálogo em torno das situações concretas, reais, existenciais dos sujeitos "cognoscentes".

Os "temas geradores" são investigados a partir de assuntos de significado social para a comunidade, ficam evidenciados em encontros informais com os moradores locais, captados de suas preocupações quotidianas e de elementos de sua cultura. Identificadas as situações limites, estas se constituirão em temas problemáticos que determinam a ação.

O diálogo em torno de situações concretas, reais, existenciais e de conteúdos intelectuais é o instrumento da problematização, fazendo com que os sujeitos retornem criticamente à sua ação, refletindo sobre ela. Neste processo ocorre o desvelamento e desmitificação da realidade, negando o homem como ausente do mundo e sim como consciência e mundo se dando ao mesmo tempo. Constitui uma forma crítica de pensar o mundo de captar a realidade na sua totalidade. Na medida

que isto acontece, os sujeitos do processo discutem sobre a temática e, quando esta é apreendida, novos temas são gerados pela percepção da realidade.

A Segunda etapa do "itinerário" é a "codificação". Os temas gerados são codificados na fase de tomada de consciência dos indivíduos, quando são então contextualizados e substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto. Descobrem-se novos temas geradores, relacionados aos levantados inicialmente. Na codificação os sujeitos participantes do grupo intencionam a situação existencial e buscam pelo diálogo a compreensão significativa do tema. Ocorre a codificação pedagógica quando o significado é amplo e expressa informações. Nesta etapa o papel do profissional educador é criar com os participantes educandos um desafio para que penetrem no significado temático, diante do qual se acham e o admirem com outros olhos.

A "codificação", portanto, representa uma situação existencial, por isso vividas pelos participantes que, enquanto a viviam, ou não a "admiravam" ou, se a "admiravam", o faziam através de um mero dar-se conta da situação.

A "descodificação" é a etapa do itinerário de pesquisa que o autor descreve como um momento dialético em que as consciências co-intencionadas da codificação desafiadora refazem seu poder reflexivo na "admiração", que vai se tornando uma forma de "readmiração", através do qual os educandos vão se reconhecendo como seres transformadores do mundo.

A "descodificação" é a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. É um momento em que os indivíduos passam a transformar a realidade, sua consciência de mundo e observam o real da objetividade. Nesta etapa ocorrem quatro momentos subsequentes, ou seja: admiração e silêncio; descrição; percepção da situação e análise crítica.

No primeiro momento, os participantes do grupo descrevem os elementos codificados como parte do todo. Entretanto é o silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidencia.

O segundo momento é caracterizado pela cisão da totalidade "admirada". Os sujeitos olham a realidade de dentro, mas não conseguem aprender ainda a sua totalidade.

Durante o terceiro momento os sujeitos voltam a admirar e aprendem a situação codificada na totalidade, no quarto é realizada a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, a realidade.

Na "redução temática", acontece uma ida e vinda do concreto para o abstrato e volta-se para o concreto problematizador, descobre-se os limites e as possibilidades da primeira etapa, evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando "situações limite" e superação das contradições. O objetivo é a transformação, a conscientização da comunidade através do ato educativo libertador que os torna sujeitos organizados coletivamente.

4 ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 - Aspectos gerais do campo de estágio:

O local escolhido para o desenvolvimento do estágio foi o Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição. Tendo como área de abrangência a Costa da Lagoa, Canto da Lagoa, Centrinho, e Retiro (Av. da Rendeiras), e como área de confluência: Barra da Lagoa, Rio Tavares, Praia Mole até Ponto de Vista. Mantém horário de funcionamento das 07:00 às 22:00 horas. Ocorrendo marcação de consulta as quartas e sextas-feiras. Contendo o seguinte quadro de funcionários:

Funcionários	Período Matutino	Período Vespertino	Período Noturno
Enfermeira	*2	1	1
Auxiliar de enfermagem	★2	1	—
Técnico de Enfermagem	—	1	1
Auxiliar Administrativo	1	1	—
Clínico Geral	*2	☆2	1
Psiquiatra	1	—	—
Odontologista	2	—	—
ACD	1	—	—
Auxiliar de Serviços Gerais	1	—	1

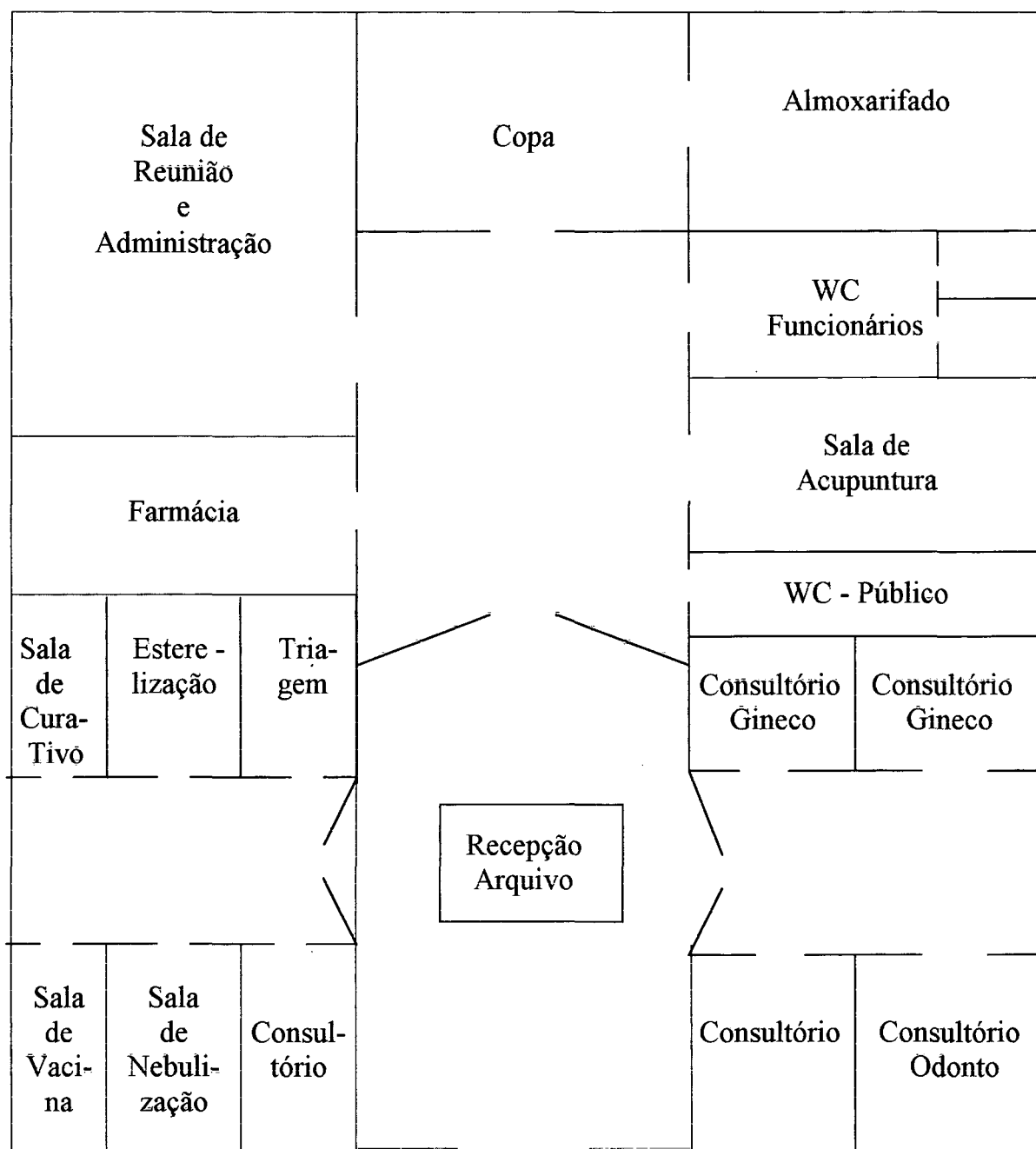
* - Uma das enfermeiras atua também como coordenadora do CSII.

★ - As duas tem carga horária de oito horas diárias.

* - Uma realiza Acupuntura e outra Homeopatia

☆ - Atua também como Ginecologista e realiza Acupuntura.

4.2 - Planta Física do Centro de Saúde



4.3 - População Alvo

A população alvo do presente trabalho foi composta por mulheres usuárias do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição e moradoras da comunidade local, que aceitaram participar das ações educativas.

4.4 - Plano de ação

4.4.1 - Conhecer a estrutura física, operacional, normativa e a área de abrangência do CSII da Lagoa da Conceição.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Conhecer a área física e os serviços oferecidos pelo CSII.	- Visitar as instalações físicas do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as instalações físicas do CSII forem visitadas pelas acadêmicas.
- Interagir com os funcionários do CSII da Lagoa da Conceição em relação ao projeto.	- Reunir-se no primeiro dia de estágio com os funcionários explicando o projeto e buscando parceria para o desenvolvimento do mesmo.	- 25 de março.	- O objetivo será considerado alcançado se a reunião for realizada no primeiro dia de estágio e se houver parceria dos funcionários no desenvolvimento do projeto.
	- Reunir-se no último dia de estágio com os funcionários para lhes apresentar uma conclusão do projeto.	- 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se a reunião for realizada no último dia de estágio e se houver parceria dos funcionários contribuindo na conclusão do projeto.
- Conhecer a estrutura operacional e normativa do CSII da Lagoa da Conceição.	- Ler as normas, rotinas e fluxograma do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conhecerem e aplicarem as normas, rotinas e o fluxograma do CSII.
	- Observar a operacionalização do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conseguirem identificar a operacionalização do CSII.
- Levantar dados referentes a área de abrangência do CSII da Lagoa da Conceição.	- Pesquisar esses dados no IBGE, SMS e lideranças locais.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se forem levantados os dados necessários à contextualização da comunidade.

4.4.2 - Vivenciar a prática da prevenção do câncer ginecológico.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Proceder o exame preventivo do câncer cérvico uterino e de mama de acordo com as normas e rotinas do CSII.	- Seguir as normas técnicas e rotinas da coleta do exame colpocitológico e de mama.	- 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se cada acadêmica proceder o exame colpocitológico e de mama conforme a rotina.
	- Dialogar com as clientes sobre a prevenção do câncer ginecológico.	- 25 de março a junho.	- O objetivo será considerado alcançado se for buscado o diálogo com 100% da clientela atendida.

4.4.3 – Buscar a sensibilização das mulheres assistidas e da comunidade local, visando a prevenção do câncer ginecológico.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Refletir com a comunidade e a equipe do CSII a necessidade de prevenir o câncer ginecológico.	- Contatar com as lideranças locais, grupos organizados e igrejas, divulgando o trabalho a ser realizado.	- 4ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se forem contatados os grupos organizados, as lideranças locais e igrejas, sendo divulgado o trabalho realizado.
	- Participar de reuniões do CSII da Lagoa da Conceição	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de reuniões oferecidas pelo CSII.
	- Participar de eventos promovidos pela comunidade.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de eventos promovidos pela comunidade.

4.4.4 – Contextualizar a prevenção do câncer ginecológico com as mulheres assistidas e comunidades.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Problematicar a prevenção do câncer ginecológico.	- Estimular a construção de círculos de cultura através da participação nos grupos já constituídos na comunidade.	- No decorrer do estágio.	- Objetivo será considerado alcançado se houver estimulação da construção de círculos de cultura.
	- Procurar assessoria interdisciplinar através da participação da construção dos círculos de cultura de uma formanda do curso de psicologia.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se houver assessoria da formanda do curso de psicologia.
	- Utilizar gravadores, cadernos de campo e audiovisual para registro da construção dos círculos de cultura.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se forem utilizados recursos para registros da construção dos círculos de cultura.

4.4.5 – Promover com a população feminina em geral, a divulgação de medidas de prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Divulgar à população em geral ações de auto-cuidado na prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.	- Buscar a divulgação junto a televisão, rádio e jornal, sobre auto-cuidado na prevenção do câncer ginecológico, demonstrando o auto-exame de mama.	- 25 de março a 06 de junho.	- Objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conseguirem divulgação em no mínimo 1 (um) veículo de comunicação.

4.4.6 - Avaliar periodicamente o desenvolvimento do estágio.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Realizar construção de círculo de cultura com a enfermeira supervisora, orientadora e co-orientadora para reflexão do andamento do projeto.	- Agendar encontros quinzenais.	- A cada 15 dias.	- O objetivo será considerado alcançado se os encontros forem mantidos.
- Refletir e trabalhar as vivências do grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.	- Agendar encontros semanais entre as acadêmicas.	- Todas 6 ^{as} feiras de 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se os encontros forem mantidos.

4.4.7 - Buscar aprofundamento teórico prático a respeito do câncer ginecológico

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Participar de eventos científicos que abordem o tema, no período de desenvolvimento do projeto.	- Procurar informar-se e inscrever-se em eventos científicos da área.	- No decorrer do estágio.	- Objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de 01 (um) evento que ocorrer em Florianópolis.
- Aprofundar o conhecimento teórico, a respeito do tema.	- Buscar e conhecer publicações relacionadas ao assunto.	- 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas buscarem aprofundamento teórico.

5 - REVISANDO A LITERATURA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, o câncer cérvico-uterino invasor é uma das causas de morte mais freqüentes na população feminina da América Latina, local em que sua taxa de incidência se encontra entre as mais altas do mundo. Por tratar-se de doença, com múltiplos comportamentos e correlações, seu conhecimento vem adquirindo cada vez maior importância, entre os profissionais da área da saúde.

A mortalidade por câncer cérvico-uterino tem diminuído significativamente em muitos países desenvolvidos, e alguns estudos indicam que isto se deve, em grande parte, aos programas de detecção precoce. (Silveira, 1987).

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com os baixos níveis sócio-econômicos, onde se encontra grande parte da população dos países em desenvolvimento.

Outros importantes fatores de risco referem-se à conduta sexual, por exemplo, a precocidade da primeira relação sexual, uma vez que segundo Souen (1992), o epitélio do revestimento da cérvix é mais poroso e mais predisponente à passagem de indutores oncogênicos quando a mulher é adolescente. A promiscuidade sexual é também um fator de risco considerável. Como exemplo Souen (1992) cita a Tailândia, onde por motivos religiosos a mulher não pode prostituir-se antes dos 18 anos, o que implica numa freqüência de câncer de colo entre as prostitutas menor que em outras regiões. Ainda na epidemiologia do câncer cérvico-uterino, encontram-se implicados os vírus do Herpes simples tipo 2 e o do Papiloma.

A morbidade e a mortalidade por câncer constitui, nos países desenvolvidos e sub-desenvolvidos, um desafio à saúde pública, uma vez que a mortalidade por esta patologia aumenta com o aumento da vida média das populações, já que incide principalmente em grupos de faixa etária mais alta. (Silveira, 1987).

O câncer é efetivamente um problema médico social com raízes no estágio de desenvolvimento econômico dos países e na capacidade destes organizarem serviços de saúde pública eficazes e eficientes, desenvolvendo cobertura integral, em saúde, às suas populações.

Uma vez que o câncer ginecológico tem etiologia variada, ou seja, é multicausal, julgamos ser importante buscar na literatura dados referentes a anatomia e fisiologia do aparelho feminino, além dos relativos ao câncer, visando um entendimento global do assunto, haja vista cada elemento do aparelho reprodutor feminino ter participação, quer na gênese da patologia, quer na manutenção da saúde ginecológica.

5.1 Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino Segundo Jacob Francone

5.1.1 Sistema Reprodutor Feminino

5.1.1.1 Órgãos Externos

Vulva: os órgãos reprodutores femininos externos são em conjunto conhecidos como vulva, a qual inclui o monte pubiano, os grandes lábios, os pequenos lábios, o clitóris, as glândulas do vestíbulo e o hímen.

Monte Pubiano e Grandes Lábios: a mais anterior das estruturas anatômicas da vulva é o monte pubiano (monte de vênus), uma elevação firme e acolchoada de um tecido adiposo recoberto por pêlos (pêlos pubianos). Os grandes lábios são duas pregas arredondadas de tecido adiposo recoberto com pele; estende-se do monte do púbis para baixo e para trás, envolvendo o vestibulo. As superfícies externas dessas dobras são recobertas com pêlos, enquanto que as superfícies internas, que possuem folículos sebáceos, são lisas e umedecidas. Os grandes lábios são unidos anteriormente por uma dobra da pele, a comissura anterior. Eles não são unidos posteriormente, embora uma comissura posterior possa estar presente anteriormente ao ânus. Os grandes lábios são homólogos do escroto do homem.

Pequenos Lábios: os pequenos lábios são duas pregas da pele localizadas medialmente aos grandes lábios e envolvendo o vestibulo. Anteriormente, os pequenos lábios dividem-se em duas camadas. As pregas superiores unem-se logo a frente do clitóris para formar o prepúcio, enquanto que as pregas inferiores são conectadas inferiormente à glândula do clitóris para formar o frênuo.

Posteriormente, os pequenos lábios tornam-se menos distintos e parecem unir-se aos grandes lábios em uma prega transversal da pele, a bifurcação superior. Uma depressão conhecida como fossa navicular está localizada entre a bifurcação posteriormente e a margem posterior do orifício vaginal.

Clitóris: é uma projeção com a forma de uma ervilha, de tecido erétil, com nervos e vasos sanguíneos, que ocupa a porção apical do vestibulo anteriormente à vagina. Ele é parcialmente recoberto pelas extremidades anteriores dos pequenos lábios e altamente sensível à estimulação tátil. O clitóris é importante na excitação sexual da mulher e representa o homólogo do pênis do homem, mas não é atravessado pela uretra.

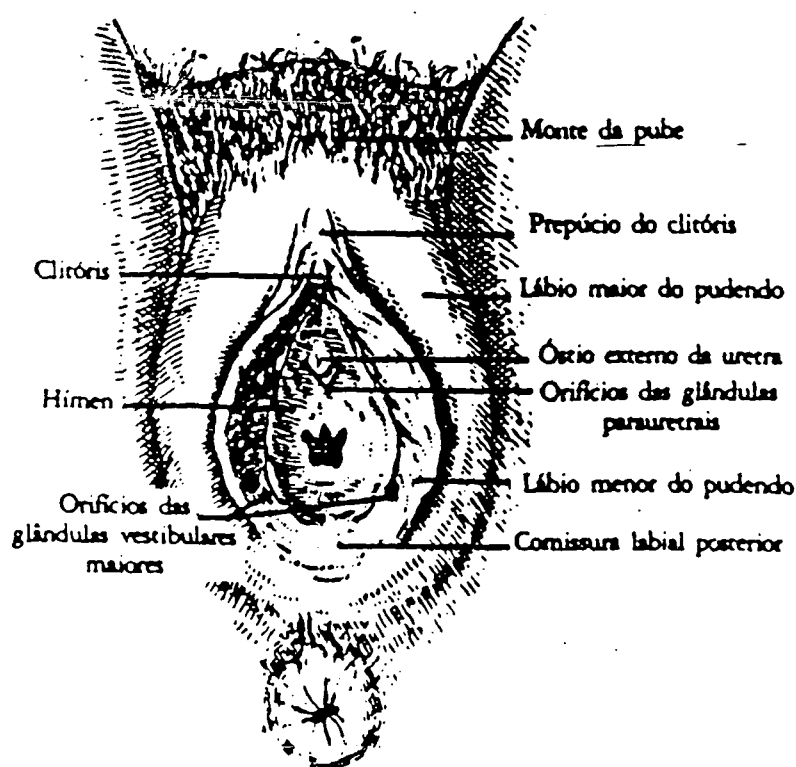
Vestíbulo: o vestíbulo da vagina é uma fenda entre os pequenos lábios. Situados no interior da fenda do vestíbulo estão o hímen, o orifício vaginal, o orifício uretral e as aberturas das glândulas vestibulares. O orifício uretral é uma abertura de 4 a 6mm de diâmetro localizada cerca de 2,5cm posteriormente ao clitóris. Múltiplas pequenas glândulas parauretrais circundam o orifício e são homólogas a próstata do homem. Essas glândulas abrem-se através de um par de ductos localizados lateralmente na camada submucosa da uretra a nível do seu orifício; o orifício vaginal ocupa a porção maior dos dois terços posteriores do vestíbulo. De cada lado do orifício vaginal, aprofundando-se nos tecidos do períneo, estão as duas maiores glândulas vestibulares (glândulas de Bartholin). Cada uma se abre através de um ducto localizado lateralmente em um sulco entre o hímen e o pequeno lábio. As glândulas vestibulares maiores, homólogas as glândulas bulbouretrais no homem, elaboram uma secreção mucosa que age como lubrificante durante a relação sexual.

Hímen: o hímen é uma delgada prega de membrana mucosa vascularizada que separa a vagina do vestíbulo. Pode estar inteiramente ausente ou pode revestir o orifício vaginal (conhecido como hímen imperfurado). Anatomicamente nem a ausência nem a presença do hímen podem ser considerados como critério para a virgindade.

Períneo: O períneo é a região inferior da pelve delimitada anteriormente da sínfese púbiana, antero-lateralmente pelos ramos inferiores do púbis e pelas tuberosidades isquiáticas, e, posteriormente, pela extremidade do osso cóccix. Quando as coxas estão totalmente abduzidas, o períneo assume a forma de um losango, e pode ainda ser dividido em regiões anterior e posterior por uma linha feita entre as duas tuberosidades isquiáticas. O triângulo anterior da linha é chamado de triângulo urogenital e contém os órgãos genitais externos. O triângulo posterior a linha é o triângulo retal, que contém o ânus.

As estruturas perineais são, às vezes, rompidas durante o parto. O rompimento pode estender-se ao orifício vaginal posteriormente através do períneo e lesar os esfíncteres anais. Para evitar esse perigo, uma incisão é deliberadamente feita no períneo imediatamente antes da passagem do feto através da vagina. Essa incisão (episiotomia) permite abertura suficiente para passar a criança, minimizando assim as lesões no períneo.

Figura 1 - Anatomia da Vulva



5.1.1.2 ÓRGÃOS INTERNOS

Vagina: os órgãos internos da reprodução incluem a vagina, o útero, as trompas uterinas e os ovários. A vagina é um canal tubular de 10 a 15cm de comprimento, orientada para cima e para trás, estendendo-se do vestíbulo ao útero. Esta situada entre a bexiga e o reto. A parede da vagina consiste em um

revestimento membranoso interno e uma camada muscular capaz de contração e enorme dilatação, separada por uma camada de tecido erétil. A membrana mucosa forma espessas pregas transversais que se mantêm umedecidas por secreções cervicais (a cérvix, ou colo do útero, é a porção inferior do útero). As paredes da vagina são normalmente pregueadas em íntima oposição umas com as outras, formando um tubo colapsado. A vagina serve como parte do canal do parto e representa o órgão feminino da copulação.

Útero: o útero é um órgão muscular periforme de parede espessa, suspenso na parede anterior da cavidade pélvica acima da bexiga e em frente ao reto. Em seu estado normal, ele mede cerca de 7,5cm de comprimento e 5cm de largura. As trompas uterinas penetram na sua extremidade superior de cada lado. A extremidade inferior do útero projeta-se na vagina. Essa porção, chamada cérvix, corresponde à haste de uma pêra invertida. O corpo do útero é superior a cérvix; é a uma porção arredondada superior do órgão, localizada entre as duas trompas uterinas, é conhecida como fundo (fundus). O útero, inclinado para frente e projetando-se superiormente à bexiga, é livremente móvel; conseqüentemente, sua condição varia com o estado de distensão da bexiga e do reto. A cavidade uterina é normalmente triangular e achatada no sentido antero-posterior, fazendo a cavidade parecer-se com uma simples fenda, quando observada de lado.

O útero é recoberto por uma camada de peritônio e é ligado a ambos os lados da cavidade pélvica através de uma camada dupla de peritônio, ou ligamentos largos, nas quais passam as artérias uterinas. Os suportes principais do útero, os ligamentos cardinais, localizam-se na base dos ligamentos redondos, conectados de cada lado e perto das trompas uterinas, mantendo o útero na sua posição. Os dois ligamentos uterossacrais são feixes fibrosos curvados ao longo do assoalho da pelve a partir da junção da cérvix com o corpo até o sacro; eles auxiliam no suporte do útero e na manutenção da sua posição.

A parede do útero é consistida por três camadas. A camada externa é o revestimento epitelial do órgão, continua de cada lado com o peritônio do ligamento

largo. A camada média, o miométrio, uma camada muscular espessa, consiste em feixes entrelaçados de fibras musculares lisas embebidas em tecido conjuntivo. O miométrio, por sua vez, é subdividido em três camadas musculares entrelaçadas e mal definidas, cuja média contém muitos vasos sanguíneos grandes da parede uterina. É esse arranjo entrelaçado das fibras musculares que pressiona os vasos sanguíneos e faz com que cessem de sangrar após o parto.

Durante a gravidez, existe um aumento marcante na espessura do miométrio. Isso ocorre não somente por causa da hipertrofia (aumento real das fibras existentes), mas também pela adição de novas fibras derivadas de transformação e divisão de células mesenquimais. A camada interna da parede uterina é a membrana mucosa ou endométrio. Consiste em um revestimento epitelial e um tecido conjuntivo chamado estroma endometrial. O estroma é que suporta as glândulas epiteliais tubulares que se abrem na luz uterina. Dois tipos de artérias fornecem sangue ao endométrio. As artérias retas irrigam a camada mais profunda e o tipo espirolado, a camada superficial. As artérias espiroladas são importantes na menstruação, quando a porção superficial do endométrio se desloca.

Trompas Uterinas: (Trompas de Falópio) são dois túbulos musculares flexíveis, em forma de cornetas, de aproximadamente 12cm de comprimento, que se estendem do fundo do útero em cada lado em direção à borda pélvica. As trompas uterinas estão suspensas por uma prega mesentérica peritonal chamada mesosalpinge. A parede da trompa é composta das mesmas três camadas do útero: mucosa-muscular, lisa e serosa. A camada mucosa, ou interna, é revestida por epitélio ciliar e é contígua com o epitélio do útero, assim como o peritônio na cavidade abdominal. Uma extremidade da trompa, o istmo, abre-se na cavidade endometrial e continua-se com a ampola. A ampola é a parte dilatada e central da trompa que está curvada sobre o ovário e, por sua vez, continua-se o infundíbulo que se abre na cavidade abdominal.

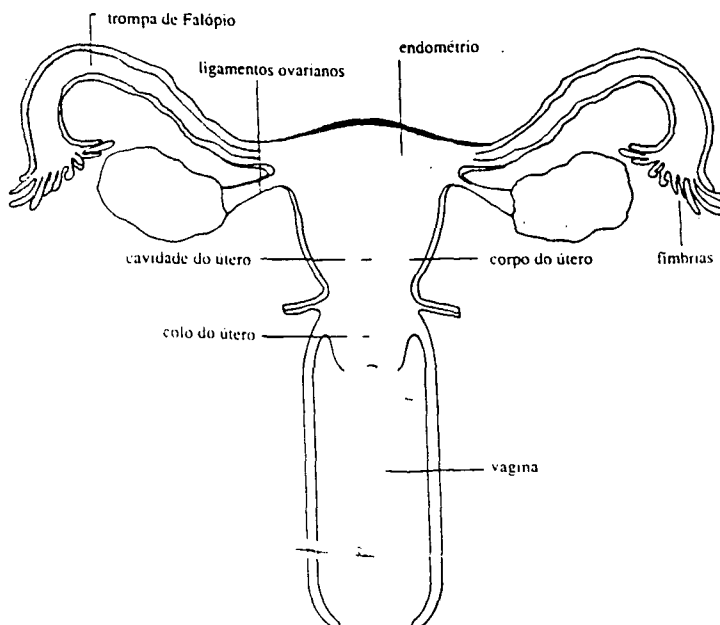
O infundíbulo é circundado por projeções digitiformes ou fimbrias na trompa uterina, curva-se sobre o ovário e está adjacente a ele, mas não necessariamente em

contato direto. Quando um óvulo é expelido do ovário, as fimbrias funcionam como tentáculos, trazendo-o para o interior da trompa, onde pode ocorrer a fertilização. Então, por contrações musculares peristálticas e por atividade ciliar, a trompa conduz o óvulo para a cavidade uterina.

Ovários: os ovários, frequentemente referidos como os principais órgãos reprodutores da mulher, são duas estruturas ovaladas com cerca de 3,5cm de comprimento; estão localizados na porção superior da cavidade pélvica, um de cada lado do útero. Os ovários prendem-se ao ligamento largo do útero pelo meso-ovário, uma prega superficial e são ancorados ao útero pelo ligamento ovárico. O ligamento infundibulopélvico, ou suspensão do ovário, estende-se do seu pólo superior até a parede pélvica.

Uma delgada camada de células cilíndricas, o epitélio germinativo, recobre cada ovário. A estrutura interna ou estroma do ovário consiste em uma trama de células fusiformes, tecido conjuntivo e vasos sanguíneos e diminutos folículos vesículas (de Graff), em vários estágios de desenvolvimento. O óvulo desenvolve-se dentro desses folículos. As duas principais funções dos ovários são: o desenvolvimento e a expulsão do óvulo feminino e a elaboração de hormônios sexuais femininos.

Figura 2 - Anatomia do Aparelho Reprodutor



5.2 Fisiologia do Mecanismo de Proteção Vaginal Segundo Jacob Francone

Vagina: O epitélio da vagina é um plano formado por várias capas. Não possui glândulas, por cuja razão a membrana vaginal não se pode considerar como mucosa e a mínima quantidade de líquido eliminado pela vagina não pode ser considerada secreção. A umidade da túnica vaginal reproduz-se por uma simples transudação do epitélio.

A estrutura e a desintegração do epitélio vaginal estão a cargo da ação dos hormônios ovarianos.

Estrógenos: Formam o epitélio vaginal até a camada mais superficial; - São responsáveis pelo glicogênio do epitélio vaginal;- Através dos estrógenos, diminuem o número de bactérias patogênicas e de leucócitos da vagina.

Progesterona: Atua com o estrógeno na formação do epitélio vaginal até a camada intermediária;- Na fase luteínica se produz descamação das células superficiais da vagina que haviam sido formadas pelo estrógeno.

A membrana vaginal experimenta fases cíclicas sistemáticas. Nas distintas fases do ciclo existe uma imagem celular típica e a obtenção de esfregaço da vagina, tem hoje grande importância para o conhecimento de transtornos hormonais.

A vagina além das funções já citadas, tem uma especial: é o "órgão protetor de si mesmo e de órgãos genitais, situados acima", isto é: colo uterino, cavidade uterina, trompas e ovários. Protege-se e aos outros, das ações de trichomonas e cândida, estreptococos, colibacilos, etc. A vagina constitui uma barreira que impede a passagem desses germes.

Esta proteção se dá **simultaneamente**, por 4 fatores:

- **Fator 1** - Ovário: através do estrógeno e progesterona. O estrógeno é responsável pela espessura do epitélio vaginal e pelo glicogênio.

- **Fator 2** - Glicogênio: é formado do açúcar fermentativo posto em liberdade a partir da destruição do epitélio vaginal, pelos bacilos de Döderlein na fase luteínica. Conjuntamente com o glicogênio, o epitélio vaginal põe em liberdade no meio vaginal fermentos diastásicos que atacam o glicogênio livre e o transforma em glicose.

- **Fator 3** - Bacilos de Döderlein: existentes, normalmente na vagina. Vivem de açúcar e o fermentam convertendo-o em ácido láctico.

- **Fator 4** - Ácido láctico: com um pH 3,8 a 4,5 - 4.

Ácido láctico - com pH 4 - líquido, leitoso, grumoso, mesclado com transudato com bacilos de Döderlein e com secreção do colo, desinfetante produzido pela vagina.

Na fase pré-ovulatória: dominam células superficiais, ricas em glicogênio, não solúveis em água e que não podem ser atacadas pelos bacilos. Diminuem os bacilos de Döderlein.

Na fase luteínica: com a descamação maciça das células intermediárias, penetram subitamente, aumentando a quantidade de bacilos na vagina.

Estes quatro fatores fazem da vagina um órgão protetor muito importante. Se falta um dos fatores, o pH de ácido, passa a alcalino, produzindo-se migração e crescimento dos germes - colpites, e fluxo como também, infecção ascendente. (Garcia, 1994).

5.3 Colpites

Segundo Ribeiro (1981), a inflamação da cavidade vaginal é a causa comum de fluxo vaginal chamado leucorréia, embora algumas vezes possa ser devido a processos malignos da cérvix, do útero ou da vagina, à ectopias da mucosa endocervical, a cervicites ou a modificações senis da menopausa. A leucorréia e o prurido vulvar que quase sempre a acompanha são as queixas mais freqüentes que o ginecologista encontra.

Causas: irritações mecânicas, corpos estranhos, irritações térmicas, químicas por radiações e microorganismos.

Uma colpíte ocorre sempre que, germes patogênicos atacam a parede vaginal por alteração do seu meio: estes germes podem ser considerados como patogênicos facultativos. Vivem como germes inofensivos e só se manifestam quando se altera o pH da vagina, adquirindo propriedades patológicas.

A ação protetora da vagina contínua pode ser alterada ou interrompida.

a) Fisiologicamente:

- a menstruação - é alcalina e neutraliza o ácido protetor;
- a gestação;
- qualquer fator que "quebre" a cadeia do mecanismo de proteção vaginal.

b) Patologicamente:

- penetração maciça de germes externos: coito; corpos estranhos; manipulação com material infectado;
- prolapso, descenso: facilitando a penetração dos germes.
- penetração de germes em caso de inflamação purulenta da cérvix, endometrite;
- hipersecreção da cérvix;

- lavagem com solução alcalina - sabões que aumentam o pH e corpo estranho;

- doenças debilitantes: Ex: diabetes mellitus;

- transtornos hormonais: colpites por aumento de estrógeno;

- tratamento com antibióticos ou radioterapia - propagação de colpite e diminuição dos bacilos de Döderlein.

Segundo Ribeiro (1981), as quatro classes mais freqüentes de colpites são:

- Colpite por *Trichomonas Vaginalis*;

- Colpite por *Cândida Albicans*;

- Colpite por *Haemophilus Vaginalis*;

- Colpite senil.

As duas primeiras classes são encontradas com maior freqüência .

Atualmente, segundo as informações do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, as três classes mais frequentes de colpites são:

- Colpite po *Haemophilus vaginalis*;

- Colpite por *Cândida Albicans*;

- Colpite por *Trichomonas Vaginalis*;

5.3.1 Tricomoniase

Trata-se de uma colpite provocada pelo *Trichomonas vaginalis*, protozoário flagelado. A tricomoníase é, atualmente, classificada dentre as Doenças Transmitidas Sexualmente devido ao seu caráter venéreo, contudo sendo reconhecidos outros meios de contágio como toalhas, água e trato gastrointestinal. No sexo masculino, a infecção quase nunca provoca doença, transformando o homem

em transmissor assintomático da doença. O tempo de incubação varia de 4 à 28 dias, e a infecção não se restringe à vagina, podendo alcançar a cérvix, a uretra, as glândulas parauretrais e a bexiga.

O *T. vaginalis*, provoca colpíte aguda, com fluxo vaginal muito abundante, espumoso, verde-amarelado ou claro, e muito fétido. Produz também uma vulvite irritativa que pode estender-se à face interna das coxas, com prurido vulvar intenso e ardência. Pode levar a dispareunia (dor ao coito) ou a dor pela simples exploração unidigital ou colocação do espéculo. A vagina apresenta-se hiperemiada e edemaciada, evidenciando, em alguns casos, inúmeras pápulas avermelhadas e arredondadas que confere ao epitélio vaginal um aspecto de framboesa. Os sintomas urinários são muito freqüentes: disúria e polaciúria podem ser, inclusive, as únicas queixas da paciente.

Tratamento - O tratamento visa primeiramente à erradicação do trichomonas. A irritação e ardor que frequentemente estão associados desaparecem quando eliminamos o agente etiológico e o epitélio agregado regenera-se espontaneamente.

Os esquemas utilizados são vários e utilizam as seguintes drogas:

a) Metronidazol - 250mg via oral, três vezes ao dia por sete dias - 500mg via oral, duas vezes ao dia por cinco dias.

b) Nitroimidazol - 500mg via oral, duas vezes ao dia durante seis dias.

Recentemente, novos esquemas de tratamento são defendidos em inúmeros trabalhos, tratando a tricomoniase em dose única, utilizando 4g de Metronidazol e do Nitroimidazol, e 2g do Timidazol.

Para o sucesso do tratamento deve-se ter em mente que: o cônjuge pode ser portador assintomático de *T. vaginalis*, sendo fonte de reinfecções repetidas e por isso, merecendo tratamento concomitante; o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento deve ser evitado pois aumenta a toxicidade e a intolerância ao medicamento e que o coito deve ser evitado pois atua como elemento traumático sobre a mucosa inflamada, retardando a cura.

5.3.2 *Cândida Albicans* - Moníliase

A moníliase ou candidíase, doença causada pela *Cândida Albicans*, é a segunda causa mais freqüente de fluxo vaginal aumentado. O fluxo é espesso, caseoso, branco amarelado, muitas vezes referido pela paciente como semelhante à nata de leite. O volume não é excessivo e o sintoma mais significativo é um prurido de instalação súbita, acompanhado de um eritema intenso do vestibulo vulvar. Ocasionalmente, a moníliase compromete, além da vulva, a face interna das coxas e nádegas.

A monília é uma levedura que pode estar presente na maioria das cavidades naturais do ser humano (boca, ânus, etc...), sendo, geralmente, considerado como organismo saprófita. Porém, sob determinadas condições pode tornar-se patogênica, condições estas que deprimiram as defesas imunológicas do indivíduo ou que modificariam o meio vaginal. Estas condições são cada vez mais freqüentes e transformam a candidíase em moléstia de grande importância clínica. Quando são utilizados antibióticos de largo espectro que afetam a flora bacteriana vaginal normal, forma-se, então, um ambiente favorável à proliferação destes fungos. Corticosteróides e hormônios anovulatórios também favorecem o desenvolvimento de uma moníliase. Condições tais como gravidez, obesidade e endocrinopatias (por ex. Diabetes Mellitus) facilitam o desenvolvimento desta levedura, embora o mecanismo ainda não esteja bem esclarecido.

O diagnóstico é feito pela visualização de placas brancas e mucosas hiperemiadas da vagina ou da porção vaginal da cérvice uterina e pelo isolamento de esporos e filamentos da cândida no esfregaço vaginal.

Tratamento - Atualmente, a terapêutica de escolha para o tratamento da moníliase utiliza a nistatina sob a forma de creme ou óvulos vaginais que contém 100.000 unidades da substância ativa. Recomenda-se o uso de um ou dois óvulos por dia durante 10 a 14 dias consecutivos. Para as lesões vulvares, utiliza-se lavagens com sabão neutro e posterior aplicação de nistatina em creme ou pomadas

a base de corticosteróides, embora o uso deste último seja discutido pelos dermatologistas.

Quando este tipo de tratamento não obtém sucesso, a utilização da solução aquosa de violeta de genciana (0,25 a 2%) em toda a pele na mucosa vaginal pode controlar a infecção.

Alguns autores recomendam o tratamento do marido com a aplicação de creme a base de nistatina ou Clotrimazol no pênis, principalmente se o marido não for circuncidado.

5.3.3 Colpite por "*Haemophilus Vaginalis*"

O parasito é responsável por cerca de 90% das colpites ditas inespecíficas. Os sintomas básicos são semelhantes aos das colpites descritas anteriormente: leucorréia, prurido e dispareunia são as queixas mais freqüentes. A leucorréia que provoca é homogênea, acinzentada e não alcança grande volume. O odor característico está sempre presente e o prurido ocorre em cerca de metade dos casos, sendo que para alguns autores é rara a sua freqüência.

As mulheres que apresentam pH vaginal dentro dos limites normais raramente hospedam este microorganismo, a não ser que coexista uma condição que torne o pH vaginal menos ácido (infecção por tricomonas, fase pós-menstrual, lavagens vaginais freqüentes, etc...). Por apresentar um caráter venéreo no seu modo de infecção, a colpite por *Haemophilus vaginalis* está classificada pela Organização Mundial de Saúde entre as Doenças Transmitidas Sexualmente. A infecção no homem é assintomática como na tricomoníase. A infecção na mulher é moderada ou também ausente por ser o *Haemophilus vaginalis* um parasito de superfície e que raramente produz alterações grosseiras na mucosa vaginal ou na vulva. A infecção

vaginal ocorre também na infância e, ocasionalmente pode ser encontrada na puberdade.

Diagnóstico - Mulher em fase procriadora com pH vaginal 5,5 ou mais básico, com corrimento homogêneo, fétido, em cujo esfregaço a fresco não se identifica o *Trichomonas vaginalis* e em que se nota que os leucócitos são raros; esta mulher apresenta grandes probabilidades de ser portadora de uma infecção por *Haemophilus vaginalis*.

Tratamento - Trabalhos recentes mostram a grande efetividade do uso sistêmico de ampicilina no tratamento desta infecção na dose de 500mg via oral de 6 em 6 horas, durante 7 a 10 dias. O homem, por ser transmissor assintomático, merece ser tratado concomitantemente. Pode se usar também o tratamento tópico com óvulos vaginais de tetraciclina com relativo sucesso, apresentados comercialmente em associação à Anfotericina B no sentido de evitar o desenvolvimento de uma candidíase secundária.

5.3.4 Colpite Senil

Ao contrário das outras formas de colpite, esta moléstia não apresenta agente etiológico animado: ela se deve primordialmente a uma reação inflamatória da frágil mucosa vaginal da paciente senil.

Após a menopausa, os ovários vão declinando gradativamente em sua função de síntese de esteróides sexuais. Com a falta de estrogêneos circulantes, as células da mucosa não mais armazenam glicogênio, que não será desdobrado em ácido láctico pelos bacilos de Döderlein, fazendo com que o pH da vagina seja menos ácido e mais susceptível às infecções secundárias. Com a perda do trofismo, a mucosa vaginal apresenta-se fina, delicada e inelástica, e sofrerá com o traumatismo produzido pelo coito.

Os sintomas mais comuns são, portanto, a dispareunia e um fluxo vaginal que frequentemente se apresenta tingido por sangue. À inspeção, a comissura posterior mostra-se edemaciada e por vezes lacerada. A vagina revela uma mucosa pálida, lisa, brilhante, sem as rugosidades normais e podem ser observadas numerosas petéquias, equimoses ou até ulcerações.

A citologia, nesses casos, mostra um esfregaço atrófico, com células basais, leucócitos e bactérias. O diagnóstico diferencial com o câncer cervical é obrigatório em todas as pacientes idosas com leucorréia sanguinolenta, e, em alguns casos, a curetagem uterina fracionada e exame histopatológico do material obtido torna-se necessário.

Afastada a possibilidade de existir uma neoplasia maligna genital, o tratamento consiste na aplicação de estrogênio tópico ou via oral.

5.3.5 Colpites ditas Inespecíficas

Na colpíte por estafilococos, estreptococos, colibacilos *Proteus vulgaris*, a flora vaginal apresenta-se geralmente do tipo III, rica em piócitos, polimorfos nucleares e o predomínio de um ou mais de um dos microorganismos acima enumerados. O "corrimento" vaginal é amarelado e espesso.

Toda colpíte, provocada pelos organismos acima, que se mostrar rebelde ao tratamento leva a suspeita de uma associação com o hemófilo vaginal, o que tem sido apurado com certa freqüência. A ausência de bacilos de Döderlein e de piócitos induz a presença de hemófilo vaginal, cujo "corrimento" apresenta-se ligeiramente fétido, pouco espesso e de cor acinzentado; o prurido vulvar não é intenso. Repouso físico relativo e sexual absoluto; alimentação rica em proteínas, vitaminas e boa ingestão de líquidos complementam o tratamento da colpíte pelos microorganismos referidos.

5.4 Cervicites

Segundo Ribeiro (1981) chama-se de cervicites as inflamações da mucosa glândular do colo do útero, excluindo deste modo os processos inflamatórios que afetam a porção do colo revestida por epitélio escamoso estratificado (semelhante ao que recobre as paredes vaginais) e que são denominadas cervicocolpites ou menovaginites.

Certas condições associadas (ectopia da mucosa endocervical e cicatriz de lacerações, por exemplo), por exporem o epitélio glândular da endocérvice ao ambiente séptico e hostil da cavidade vaginal, atuam como fatores coadjuvantes na gênese das cervicites.

A cervicite, crônica ou aguda, é uma das patologias mais frequentes na clínica ginecológica, afetando cerca de 50% das mulheres, em alguma fase da vida (Ribeiro, 1981)

5.4.1 Cervicite Aguda

A cervicite aguda tem como causa mais comum a *Neisseria gonorrhoeae* que, tem predileção pelo epitélio glândular, indo infectar por via direta a mucosa endocervical. A cervicite aguda pode também ter origem em período puerperal, acompanhando uma infecção generalizada ou sendo facilitada por lesões cirúrgicas ou obstétricas.

Com a infecção do agente etiológico, instala-se imediatamente um processo inflamatório com hiperemia, edema e infiltração de leucócitos polimorfonucleares. A cérvice apresenta-se avermelhada, com aspecto congesto e com a mucosa endocervical evertida. Em um a dois dias, o comprometimento da cérvice é completo. O exsudato inflamatório rico em fibrinogênio toma conta do interstício, bloqueando a drenagem linfática e aumentando o edema da cérvice. O epitélio

glândular comprometido reage com hiperfunção e secreção de muco purulento e profuso. Em alguns casos o processo inflamatório é tão intenso que pode haver descamação do epitélio de revestimento, dando origem à erosão. Em outros casos, o processo inflamatório leva à necrose do tecido conjuntivo, com perda de substância e formação de úlceras.

A cervicite aguda pode evoluir em três sentidos:

- Regredir completamente com cura clínica e às vezes anatômica também;
- Regredir parcialmente, dando origem a uma cervicite crônica; e
- Evoluir com disseminação ascendente, originando um processo inflamatório pélvico agudo.

5.4.2 Cervicite Crônica

Constitui-se na segunda causa mais freqüente de leucorréia. Como foi dito, a cervicite crônica traduz a passagem de um processo inflamatório na cérvix, podendo alojar no fundo de suas criptas glândulares o gonococo ou outro germe que tenha se tornado patogênico. No entanto, na maioria dos casos resulta de cervicites puerperais, associadas ou não com lacerações da cérvix.

Nas cervicites crônicas geralmente se vê a cérvix lacerada, evertida, com a mucosa glândular recoberta por muco branco amarelado, espesso. A mucosa é friável e ao menor traumatismo pode sangrar.

Os sintomas, quando presentes, à exceção da leucorréia, são todos originados da pelvecelulite que quase sempre acompanha estes casos: dor lombar, desconforto pélvico, dispareunia, pequenos sangramentos ao coito e, por vezes, dismenorréia.

O diagnóstico é baseado no exame especular e no quadro clínico. Algumas vezes é impossível diferenciar-se a cervicite crônica de um carcinoma de colo sem que se recorra à biópsia.

Tratamento:

a) Cauterização (Cirúrgico) - A cauterização química, usada antigamente, vem sendo substituída pelo cautério quente, frio ou criocautério na destruição das áreas afetadas.

O cautério quente é recomendado nos casos de ectopias extensas com pouco comprometimento do canal. Usa-se o eletrocautério, fazendo incisões radiais superficiais desde o orifício externo até a periferia da ectopia.

O cautério frio consiste na aplicação de calor que não ultrapasse os 60° centígrados, através de uma alça que é introduzida no canal cervical e movimentada lentamente durante cinco minutos em média, evitando-se assim a formação de crostas espessas que isolariam o calor, impedindo o tratamento da parte profunda das glândulas.

O criocautério utiliza o CO₂: (80° centígrados negativos) destruindo o tecido lesado por congelamento.

A dor é praticamente nula, a técnica fácil e a baixa incidência de complicações como a hemorragia e estenose cervical estão tornando este método cada vez mais popular.

b) Cirúrgico propriamente dito - O tratamento cirúrgico propriamente dito visa corrigir as lacerações (traqueoplastias) ou extirpar a área lesada, encontrando suas indicações nos insucessos dos outros tipos de tratamento ou nos casos em que as lesões são muito extensas e as pacientes não mais estão interessadas em gravidez. As cirurgias mais utilizadas são a conização com pontos, a amputação plana do colo ou, ainda, a histerectomia, em caso de ser verificada outra patologia associada tais como mioma, prolapso, etc.

5.5 Câncer Genital

Para Souen (1992), o câncer cérvico-uterino é uma doença progressiva, iniciada com mudanças neoplásicas intra-epiteliais que podem se transformar em um processo invasivo dentro de um período médio de 10 a 20 anos. O objetivo principal dos programas de controle do câncer cérvico-uterino é prevenir o carcinoma invasivo através da detecção, diagnóstico e tratamento precoce da doença em suas etapas iniciais, quando ainda é possível conseguir-se uma taxa de cura próxima a 100%.

Histopatologicamente, as lesões cervicais pré-invasivas desenvolvem-se através de algumas etapas de displasia (leve, moderada e acentuada), as quais evoluem para o carcinoma *in situ* e, finalmente, ao microinvasor, com invasão profunda e um foco secundário, à distância. A maioria dos patologistas estão acordes que a displasia acentuada e o carcinoma *in situ* não podem ser diferenciadas com segurança, e que a displasia acentuada ou mesmo moderada pode resultar em uma doença invasiva ou se aprofundar e ir à distância (metástase). Alguns grupos classificam as lesões cervicais pré invasivas como neoplasias intra-epiteliais (NIC), com diferentes graus, que vão de I a V.

Ainda que, de modo geral, o câncer cérvico-uterino invasivo quase sempre desenvolva-se através dos progressivos graus das NICs, nem todas as NICs caminham necessariamente para um processo invasivo. Alguns estudos têm demonstrado que 30 a 35% das NICs apresentam regressão espontânea: as NICs de grau I e II têm as taxas de regressão mais altas. Admite-se que não é possível, realmente, se determinar *a priori* quais são as lesões que progridem ou quais as que não, portanto, todas as NICs devem ser consideradas lesões significativas e como tal devem ser tratadas. (Souen, 1992).

Em virtude da forma progressiva deste tipo de câncer, é importante considerar as taxas de prevalência específicas por idade para as diferentes lesões. Numerosos estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e outros países

desenvolvidos, demonstram que a displasia evolui para o estagio "*in situ*" em aproximadamente 5 anos, e que são precisos outros 10 anos para que atinja a fase invasiva. (Silveira, 1987).

Kiichiro Hansumi (1986) afirma que para que se possa entender o câncer de útero, é necessário considerar que o útero é constituído de três áreas iguais, começando da porção superior. O câncer que normalmente ocorre na parte mais baixa e mais próxima da entrada do útero é chamado "câncer cervical". O tipo mais comum de câncer cervical é o carcinoma de células escamosas, ou cancroide, que ocorre no tecido epitelial do colo do útero. Cerca de um terço dos cânceres cervicais têm essa origem. É uma forma ulcerosa de câncer, que causa inflamação e ulceração dos tecidos.

A entrada do útero apresenta uma lesão semelhante a uma grande cicatriz, severamente hemorrágica, lembrando uma romã cortada ao meio. Sem tratamento, essa forma de câncer é extremamente invasiva na direção reversa.

Uma condição que ocorre na parte central do útero é o mioma uterino. O câncer uterino secundário se desenvolve de um mioma que se degenerou em câncer. Ele domina a parte central do útero e propaga-se diretamente daí. As formas de câncer que começam nessa parte central são, frequentemente, cânceres uterinos que se desenvolveram de miomas que se tornaram malignos. Geralmente tomam a forma de sarcomas. O câncer uterino da terceira secção, a parte superior do útero, é uma metástase do câncer do ovário. Em cada caso, uma condição como um cistoma ovariano sofre degeneração cancerosa, tomando a forma de um adeno-câncer e rapidamente ataca o útero via trompa. Em geral, os cânceres uterinos secundários se desenvolvem a partir de um câncer ovariano e, muito comumente, são conhecidos como "tipos ovarianos de câncer". O local atingido é a "base do útero".

Para os leigos, os sintomas para um auto-diagnóstico são primeiramente sangramento e depois corrimento. É claro que um corrimento reincidente pode ocorrer sem que haja o câncer, como no caso de uma infecção por trichomonas. Entretanto se a situação é causada por parasitas, estes são facilmente detectados

num exame microscópico. A existência de corrimento acompanhado de perda gradual de peso indica a possibilidade de câncer uterino. (Silveira, 1987).

Souen (1992), afirma que os sintomas iniciais dos cânceres que afetam o sistema reprodutor feminino - vulva, vagina, útero - aparecem primeiramente como inflamação diminuta ou erupções. Às vezes, nem médico, nem paciente dão grande importância ao fato, tratando-o como uma lesão qualquer. Porém, se passados um ou dois anos e a situação persistir, terá início o sangramento e a perda de peso, a paciente será, então, submetida a uma biópsia. Existem casos onde o câncer ainda não é detectado nesse estágio, o que determina uma espera de mais 3 ou 6 meses quando a situação já se tornou muito avançada.

Teoricamente há o estágio chamado pré-câncer, que é determinado da seguinte forma: coleta-se uma amostra do tecido e através de técnicas especiais de coloração pode-se investigar as células sob um microscópio. Se a doença já estiver instalada, a perda de tempo será considerável, e o câncer avançará inexoravelmente como resultado da retirada do tecido canceroso.

Quando o diagnóstico é finalmente confirmado, a doença pode ter alcançado estágios bem avançados e o procedimento médico normal é atacá-lo com radiações de cobalto. Com isso o local afetado apresentará uma breve melhora, por um período de tempo muito curto, após o que começarão aparecer outros tumores em locais próximos. Acontecendo isso, o cobalto, os raios X e o rádio, serão todos ineficazes. A queimadura provocada pela radiação transformou-se em câncer de queimadura. A área ao redor fica tão dura como um papelão e a paciente sofre severas neuralgias. A dor do câncer de radiação, pode-se comparar ao ferimento causado por um prego de aço, e nesse estágio a dor não pode ser controlada por analgésicos ou sedativos.

No caso de carcinomas de células escamosas que correm perto da entrada do útero, se o quadro for tratado como câncer, nos estágios iniciais antes que qualquer retirada de tecido tenha sido feita, surpreendentemente ele pode ser curado pela galvanocauterização ou, em certos casos, por queimaduras com substâncias como

gelo seco. Efetivamente a doença é curada por um ataque local. Porém, quando é usado um escalpelo para cortar a área, em muitos casos o câncer ocorre novamente. Os vírus patogênicos reaparecem ao longo da incisão depois que ela for costurada. A situação piora consideravelmente após a experiência da extirpação, o que ocorre também no câncer de mama.

No câncer de colo cervical e da trompa ocorre uma inflamação permanente e uma variedade de úlceras que também persistem por longos períodos, que não respondem ao tratamento. Depois disso, o sangramento pode ocorrer durante o relacionamento sexual e, como em várias doenças avançadas, as hemorragias se tornam mais comuns. Os diagnósticos precoces ainda são difíceis neste estágio, através dos recursos básicos da medicina convencional. É necessário fazer extirpação de tecido para exame microscópico, ou cultura de células cancerosas por um período muito longo, antes que uma decisão possa ser tomada. O diagnóstico precoce através de exame clínico é muito difícil, pois as opiniões diferem em função da elasticidade da experiência profissional e profundidade de conhecimento do médico. (Kiichiro Hansumi, 1986).

Para Silveira (1987), o câncer de colo uterino é o tumor mais incidente nas mulheres, na maioria dos países, sendo superado apenas pelo câncer de mama em algumas regiões.

O autor afirma que:

- As mulheres que iniciam a atividade sexual antes dos 20 anos, têm 2 a 3 vezes mais risco para o aparecimento deste tipo de tumor, principalmente quando associado a baixas condições de higiene;
- As doenças inflamatórias ginecológicas freqüentes e mal tratadas e as doenças venéreas influenciam no aparecimento do câncer de colo uterino;
- As mulheres que têm ou tiveram mais de um parceiro sexual, possuem risco mais elevado ao aparecimento da doença;
- Observa-se ainda, maior incidência em mulheres entre 40 e 50 anos de idade, múltiparas e de baixo nível sócio-econômico;

- Câncer de colo é raro entre as judias e nas populações em que os homens são circuncisados. O esmegma masculino vem sendo relacionado ao aparecimento do câncer do colo uterino.

Segundo Soyen (1992), as medidas preventivas e de diagnóstico precoce, são de fundamental importância no controle dos tumores do colo uterino, principalmente porque a sintomatologia específica nestes casos é tardia. Os sinais e sintomas mais frequentes são o sangramento anormal, o corrimento vaginal purulento e fétido e dor ao coito (dispareunia).

A principal medida de controle é a realização do exame colpocitológico periodicamente (exame preventivo), detectando-se precocemente qualquer alteração nas células do colo uterino. Este exame é indicado para todas as mulheres com atividade sexual e após os 20 anos de idade para os demais, tendo-se em vista que em 1980, o câncer de colo uterino representou no Brasil 8,2% das mortes em mulheres acima de 15 anos.

Além do exame colpocitológico, o diagnóstico poderá ser feito através da colposcopia e biópsia.

A colposcopia auxilia na procura de imagens suspeitas e na orientação do local da biópsia. Utiliza uma série de soluções como: ácido acético, hiposulfito de Sódio, noradrenalina, azul de toluidina, com finalidade de estudar melhor os aspectos das zonas de transformação que devem ser bem estabelecidas. Incorpora o teste de Schüller na procura de áreas iodo-negativas.

A colpocitologia introduzida por Papanicolau & Trant, é o método mais simples, mais econômico e talvez o mais útil para o diagnóstico das alterações epiteliais do colo uterino, porém a coleta deve ser feita sob critérios rígidos. (Pinotti, 1986).

Segundo a orientação do Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino e de Mama do Ministério da Saúde (1986), a colheita deve ser tríplice: fundo do saco posterior, ectocérvice e endocérvice, devendo a colheita ser feita antes de aplicar qualquer solução para colposcopia alargada.

Quando a colposcopia revela imagens fortemente suspeitas deve-se fazer biópsia de imediato. Se os resultados são indicativos de suspeita de malignidade, deve ser feita nova citologia e se os resultados forem negativos na área suspeita, os exames devem ser repetidos até diminuir as dúvidas, sendo por vezes necessário a amputação do colo para obter um diagnóstico definitivo.

Quadro 1 - Classes de citologia oncótica (ou Papanicolau)

Material inadequado (sem classificação)	0
Negativa para células neoplásicas malignas	I
Células atípicas presentes (atipia inflamatória), porém negativo para células neoplásicas malignas	II
Suspeito para células neoplásicas malignas	III
Positivo. Altamente sugestivo para células neoplásica malignas (ca “ <i>in situ</i> ”)	IV
Positivo para células neoplásicas malignas (ca invasor)	V
* Classificação adotada pelo programa de prevenção de câncer cérvico uterino e de mama da Policlínica de Referência Regional I	

Os resultados dos exames são emitidos em relatório, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros a nível nacional.

Quadro 2 - Resultado da Citologia (Segundo as normas da Secretaria Estadual de Saúde)

Classificação Descritiva	NIC	Papanicolau
a) negativo para células malignas		Classe I
b) atípias inflamatórias		Classe II
c) displasia leve	NIC I	Classe III A
d) displasia moderada	NIC II	Classe III B
e) displasia acentuada	NIC III	Classe III C
f) carcinoma “ <i>in situ</i> ”	NIC III	Classe IV
g)carcinoma invasor		
h) carcinoma de células escamosas		Classe V
i) adenocarcinoma		Classe V
j) outro tipo de células (especificar)		
k) células neoplásicas de outra origem (especificar)		

Os resultados da análise da microbiologia vaginal devem acompanhar os resultados da citologia cérvico-vaginal, assim descritos:

Quadro 3 - Acoplamento do resultado da citologia

Tipo	Microorganismo
F1	bacilo Döderlein
F1 a	com citólise
F1 b	sem citólise
F2	flora mista
F3	flora cocóide
F4	Gardnerella vaginalis (haemophilus vaginalis)
F5	Leptothrix vaginalis
F6	Trichomonas vaginalis
F7	Fungos
F8	vírus
F9	outros microorganismos
F10	flora não classificada

Biópsia: o exame histopatológico é indispensável para confirmar a suspeita da malignidade. A biópsia é conduzida mediante a colposcopia. A curetagem da endocérvice é método indispensável quando não há áreas ecto-cervicais dignas de suspeita e quando a citologia revela displasia ou carcinoma "in situ".

Quando confirmado o diagnóstico do CIS pelo estudo histológico, os estudos prosseguem com a amputação ou conização do colo.

A classificação do câncer do colo de útero, feita pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1985, é a seguinte:

Estágios:

0 - Carcinoma “in situ”

I - Carcinoma confinado ao colo do útero (a progressão para o corpo do útero não deve ser considerada).

Ia - Carcinoma pré-clínico (diagnosticado microscopicamente).

Ia1 - Invasão estromal mínima (não-mensurável).

Ia2 - Invasão até no máximo 5mm de profundidade por 7mm de extensão.

Ib - Lesões maiores que aquelas descritas em Ia 2.

Obs.: Nos estádios Ia, a invasão vasculolinfática não altera o estágio, porém deve ser anotada.

II - O carcinoma estende-se além da cérvix, porém não atinge a parede óssea, nem o terço inferior da vagina.

IIa - Não há envolvimento parametrial.

IIb - Há envolvimento parametrial.

III - Carcinoma estende-se até parede óssea e/ou atinge o terço inferior da vagina, e/ou há hidronefrose ou exclusão renal conseqüente ao tumor.

IIIa - Há extensão até o terço inferior da vagina sem progressão até a parede óssea.

IIIb - Há extensão até a parede pélvica e/ou hidronefrose ou exclusão renal.

IV - O carcinoma estende-se além da pelve verdadeira ou envolve a mucosa da bexiga ou do reto.

IVa - Há invasão da mucosa da bexiga ou reto.

IVb - Há metástase à distância

5.6 - Técnica para Coleta de Material Cérvico Uterino

Recomenda-se a coleta tríplice: fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice, em uma única lâmina, previamente limpa e identificada.

Etapas da coleta

Local: fundo de saco vaginal posterior: retirar o material do fundo de saco posterior com a extremidade arredondada da espátula de madeira, tipo Ayre, colocando-o em seguida na extremidade distal da lâmina.

Local: ectocérvice (junção escamo-colunar - JEC): com a outra extremidade da espátula, que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorifical, realizando um movimento rotativo de 360°. Em seguida, colocar a amostra no centro da lâmina.

Local: endocérvice (canal cervical): introduzir no canal cervical e colher o material com um movimento rotativo, colocando na extremidade próxima da lâmina.

Obs.: Outras opções para preparação do esfregaço podem ser utilizadas.

Fixação do esfregaço

As células da amostra do colo de útero secam muito rapidamente, tornando-se difícil a visão para exame microscópico; assim é essencial que a lâmina seja preparada e fixada rapidamente. O ideal seria o esfregaço ser preparado antes de se remover o espécúlo.

Como a lâmina não é encaminhada imediatamente ao laboratório é necessário que se tenha um recipiente adequado para colocar somente as lâminas e que estas não fiquem acumuladas umas por cima das outras, prejudicando os esfregaços e misturando seus conteúdos, falsificando assim os resultados.

São três as técnicas de fixação recomendadas:

a) Álcool a 95% - lâmina com material submerso no álcool 95%, em vidros de boca larga.

b) Fixador citológico - pingar duas gotas de solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre.

c) Citospray - borrifar a lâmina com o spray fixador, a uma distância de 20 cm.

5.7 Teste de Schüller

O Teste de Schüller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico vaginal dada a propriedade que tem as células de impregnarem com uma solução de lugol (corando-se em grau variável conforme o teor de glicogênio que contém). Este Teste de Schüller é feito com base no grau de fixação do iodo pelas células, como descrito a seguir:

Imagem	Interpretação
Iodo Positivo	Schüller Negativo
Iodo Claro	Schüller Negativo
Iodo Negativo	Schüller Positivo
Iodo Mudo*	Schüller Positivo

* Esta imagem geralmente não apresenta alteração epitelial significativa

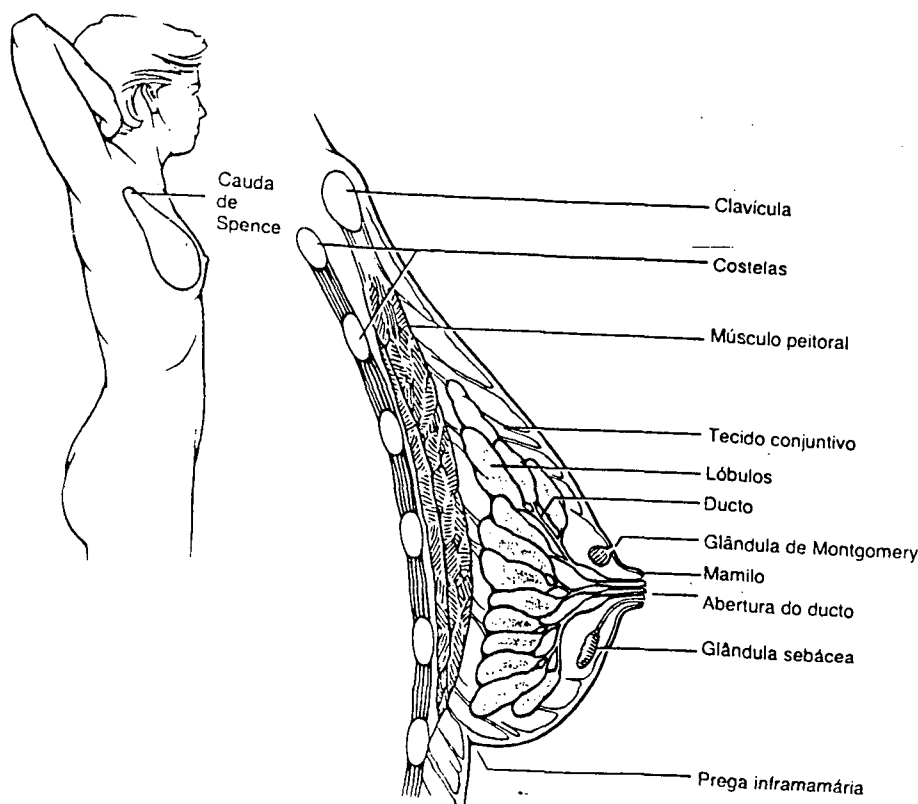
O TESTE DE SHÜLLER NÃO DEVE SER UTILIZADO, ISOLADAMENTE, COMO MÉTODO DE DETECÇÃO DE UM PROCESSO NEOPLÁSICO

5.8 Anatomia das Glândulas Mamárias

A glândula mamária, órgão par, situada na parede anterior do tórax, na porção superior, está apolada sobre o músculo peitoral maior a partir da segunda costela superiormente, indo inferiormente até a sexta costela. Ao nível da quarta costela, apresenta a sua máxima extensão em largura, partindo medialmente da margem lateral do esterno até atingir lateralmente a linha axilar anterior.

Os mamilos que são aberturas dos ductos galactóforos, estão localizados próximo ao centro das mamas. Uma área circular mais larga de pele pigmentada, conhecida como aréola, circunda cada mamilo. Existem 15 a 20 lobos de tecido glandular disposto radialmente na mama. Cada um é embebido em gordura e tecido conjuntivo e possui seu próprio ducto excretor, o ducto galactóforo ou produtor de leite. Os lobos convergem em direção a aréola, abaixo da qual eles formam a ampola, que serve como reservatório para o leite.

Figura 3 - Anatomia da Mama



5.9 Fisiologia da Glândula Mamária

Dos componentes da fisiologia da glândula mamária será descrito - o desenvolvimento da glândula.

Desenvolvimento para um estágio funcional: Segundo Jacob e Francone (1982), estudos experimentais em animais mostraram que a prolactina da hipófise, assim como os hormônios ovarianos, estrogênio e progesterona, são todos essenciais para o crescimento e o desenvolvimento normal da mama. Os hormônios ovarianos exercem controle específico sobre o crescimento da mama e seu desenvolvimento. O estrogênio estimula o desenvolvimento dos ductos, a progesterona influencia o crescimento dos alvéolos.

Existem variações cíclicas das glândulas mamárias associadas com a elevação e quedas das secreções hormonais durante o ciclo menstrual. Muitas mulheres notam plenitude, tensão, prostração, dor na mama, logo antes da época da menstruação. Isto se relaciona com o crescimento limitado que se observa nos ductos e alvéolos e também com o entumescimento dos tecidos conjuntivos da mama que precedem a época da menstruação. A regressão ocorre após a menstruação, e o tecido conjuntivo torna-se mais fibroso.

Durante a gravidez, o aumento rápido de estrogênio e progesterona produzidos pelos ovários e, mais tarde, pela placenta, causa alterações nas glândulas mamárias mais marcantes do que as alterações pré-menstruais. A mama torna-se maior com o aumento no número de ductos e com a complexidade dos alvéolos. A cor da aréola escurece.

A mama é irrigada principalmente pela artéria mamária interna, ramo da artéria subclávia, e por ramos da artéria axilar.

5.10 Câncer de Mama

É uma das neoplasias mais extensivamente estudadas no mundo todo em muitos aspectos, inclusive em relação às suas características epidemiológicas. Isso se deve ao fato de que o câncer de mama na mulher é uma das mais importantes causas de morbimortalidade por câncer em quase todas populações do planeta desde a segunda metade do século.

Segundo Brito (1994), se forem mantidas as tendências atualmente encontradas na ocorrência do câncer de mama, haverá cerca de 1 milhão de novos casos no mundo no ano 2.000. Em 1975, esse valor foi de 540.000.

Até a década de 60, os médicos acreditavam que o câncer de mama atacava principalmente mulheres com mais de 50 anos e só raramente as de menos idade. Atualmente dados estatísticos confirmam a suspeita de que a doença estaria alastrando-se para faixas etárias menores, como afirma Góes Júnior (1986), presidente do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. Após examinar portadoras brasileiras de tumor maligno de mama, observou que 530 delas, ou seja, 44%, tinham menos de 50 anos. Esta constatação é muito significativa, tendo em vista que a mesma foi feita no Brasil. “Em nosso país cerca de 62% da população possui menos de 35 anos”, explica Góes Júnior. Já a faixa etária predominante nos EUA e Europa são mais avançadas. Diante deste fato Góes Júnior mostrou-se apreensivo com a probabilidade estatística do câncer de mama transformar-se num grave problema de saúde pública no Brasil.

Segundo Barros (1994), o período crítico de oncogênese da mama parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação a termo. O lóbulo mamário, nessa fase, encontra-se em franca divisão celular. Quando a proliferação é intensa, a célula fica mais vulnerável a agentes carcinogênicos, tornando-se mais suscetível a mutação e a transformação maligna.

Assim, a maioria dos fatores de risco atualmente identificáveis parece atuar nessa “janela” de risco compreendida desde a puberdade até a idade de mais ou

menos 20 anos. O desenvolvimento da doença é lento, expressa-se clinicamente com maior frequência a partir dos 35 anos e é cada vez mais frequente com o progredir da idade.

Acredita-se também, que haja uma segunda “janela” de risco na idade da perimenopausa, período em que normalmente o tecido epitelial mamário deve involuir. Influências estimulantes da proliferação tecidual nessa fase, ao interferir com equilíbrio funcional do órgão, podem precipitar a eclosão de um câncer. Em contrapartida, no período do menacme (período de atividade menstrual da mulher) existe uma certa refratariedade a estímulos carcinogénéticos.

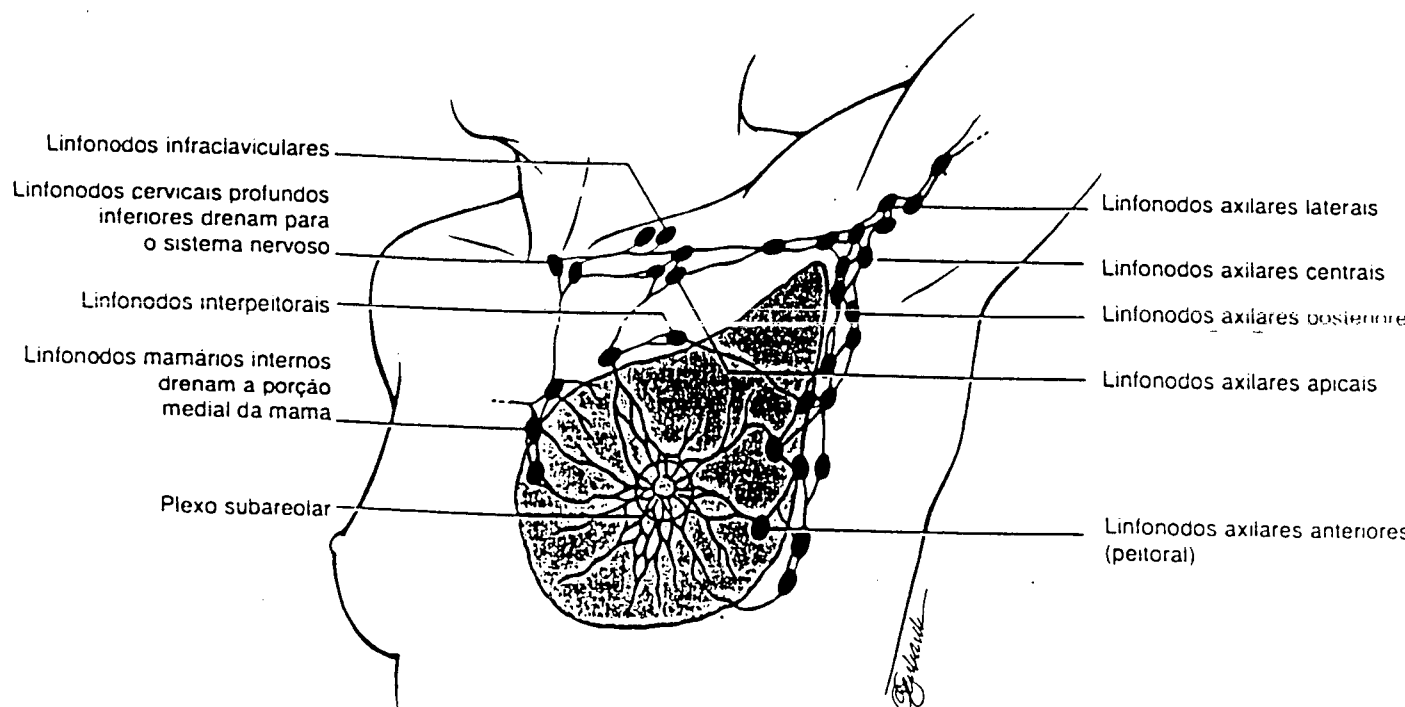
O diagnóstico e o tratamento de lesões precursoras podem evitar o surgimento do câncer. O diagnóstico precoce de formas iniciais de câncer permite tratamento não mutilante com alta taxa de curabilidade. Por isso, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama apresenta grande utilidade prática, pois permite seleccionar grupos de mulheres nas quais os exames preventivos devem ser feitos de forma mais rigorosa.

5.10.1 Fisiopatologia

O carcinoma da mama não é uma condição patológica que se desenvolve em uma noite. Inicia-se com uma célula única, que se divide ou duplica em 80 a 210 dias. São necessários aproximadamente 16 tempos de duplicação para que um carcinoma atinja um tamanho de 1 cm ou mais, quando se torna clinicamente aparente. Considerando-se que são necessários 30 dias para cada tempo de duplicação, seriam necessários no mínimo 2 ½ anos para que um carcinoma torne-se palpável. Se o tempo de duplicação fosse de 210 dias, seriam necessários até 17 anos antes que o carcinoma fosse palpável. A vantagem da mamografia é detectar um carcinoma antes que ele se torne palpável.

Se a biópsia é um procedimento mais definitivo não são realizados para diagnosticar o carcinoma, o câncer cresce sem controle. Se isto ocorre, o tumor pode acometer a parede torácica; pode apresentar o aspecto de casca de laranja. O tumor também pode propagar-se para os linfonodos perionais, principalmente a cadeia axilar. Estes podem ser facilmente palpáveis em casos avançados de câncer de mama. Outros locais de disseminação linfática podem incluir linfonodos subpeitorais, linfonodos subclaviculares, linfonodos da fáscia de gerota, linfonodos mamários internos e linfonodos subcuticulares no lado oposto. Houve vários casos nos quais a paciente possuía câncer de mama do lado esquerdo com metástase para o linfonodo axilar direito; a doença propagou-se através dos canais linfáticos subcutâneos para a axila oposta. Outros locais comuns de metástase são os pulmões, fígado, osso e cérebro.

Figura 4 - Drenagem Linfática da Mama



5.10.2 Principais Fatores de Risco para o Câncer da Mama

É de grande importância ter conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer da mama. Assim as mulheres devem realizar o auto-exame rigorosamente.

5.10.2.1 Fatores Genéticos

O antecedente familiar de câncer mamário aumenta o risco relativo para o desenvolvimento da doença de forma geral, duas a quatro vezes em relação à população geral. Além disso, nessa condição, a idade de aparecimento da neoplasia é mais precoce. O risco chega a 9.0 se a parente acometida for de primeiro grau e tiver câncer de mama bilateral na pré-menopausa.

Observa-se também, associação familiar entre várias formas de neoplasias (mama, endométrio, cólon e ovário), caracterizando a síndrome de câncer familiar.

Os casos de câncer de mama transmitidos hereditariamente tendem a ocorrer em idade mais precoce (em torno dos 40 anos) e apresentam mais chance de bilateralidade. Embora os mecanismos de transmissão genética não sejam bem definidos, eles são baseados em transmissão autossômica. Logo, os homens podem também transmitir genes deletérios para suas filhas. Sabe-se atualmente que mesmo as lesões pré-neoplásicas, reconhecidas como lesões proliferativas do tecido epitelial glandular, parecem estar relacionadas com transmissão hereditária, obedecendo a padrões complexos de herança não bem conhecidos.

5.10.2.2 Fatores Hormonais

O câncer de mama é 100 vezes mais frequente no sexo feminino, o que evidencia a importância dos fatores hormonais, em particular dos esteróides sexuais, na promoção da doença.

O ducto terminal é a unidade morfofuncional da glândula mamária e, provavelmente, a sede das primeiras alterações que podem resultar em câncer. Sua atividade mitótica fisiológica é regulada por vários estímulos, destacando-se entre eles os esteróides ovarianos. De forma diversa ao que ocorre no endométrio, a divisão celular no ducto terminal é mais intensa durante a fase secretora, possivelmente pela ação sinérgica da progesterona. A proliferação celular fisiológica está intimamente relacionada a ciclos ovulatórios, nos quais há formação do corpo lúteo e secreção ativa de progesterona. Assim, seria de se esperar que em condições onde há maior número de ciclos ovulatórios cumulativos, o risco oncogenético estaria aumentado, pois manteria o epitélio mamário sujeito à constante divisão celular. De fato, as evidências epidemiológicas apontam nesse sentido.

Quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolvimento da doença. Por outro lado, a gestação precoce a termo, seguida ou não de lactação, além de diminuir a ocorrência de ovulações, induz diferenciação do lóbulo mamário, tornando-o menos susceptível à indução neoplásica por agentes mutagênicos. Gestações a termo posteriores, ao estimular ainda mais a diferenciação, contribuem na diminuição desse risco.

A relação entre pílula anticoncepcional e câncer de mama é assunto muito importante. Existe grande número de publicações que estudaram genericamente as mulheres que tomaram anticoncepcionais (ACO) pelo menos por algum período de sua vida. A maioria não explicita detalhes da duração do uso de ACO, das suas diferentes formulações etc. Apesar disso, é quase unânime a opinião de que o risco

global de usuárias da ACO desenvolverem câncer de mama não difere de forma significativa da população geral, especialmente se as pílulas forem administradas durante o período do menacme.

A Organização Mundial de Saúde divulgou em 1990 os resultados de um estudo colaborativo realizado em 10 países, do tipo retrospectivo e pareado caso-controle. O estudo foi baseado em entrevistas hospitalares de 2.116 mulheres com câncer de mama e 12.077 casos-controle que foram selecionados na mesma idade e procedência. O risco relativo calculado de câncer de mama em mulheres que usaram ACO em pelo menos um período de suas vidas foi de 1.15, ou seja, o risco é pequeno e, quando bem indicados, as vantagens do uso de ACO superam os riscos.

Todavia, existe um aumento de risco em usuárias de ACO jovens, antes da primeira gestação, especialmente adolescentes. Pike e col. verificaram risco relativo de 4.0 com início de uso antes dos 5 anos e Olsson e col., verificaram risco de 11.5 para uso antes da idade de 19 anos.

No tocante à influência da reposição hormonal na pós menopausa sobre a carcinogênese mamária, a literatura pertinente é muito contraditória. Podem ser encontrados desde relatos demonstrando aumento de risco, até aqueles concluindo estar o risco relativo diminuído ou inalterado. Os dados epidemiológicos são conflitantes, talvez, pela falta de uniformidade na metodologia empregada, pela tendenciosidade dos observadores e pelo tempo de seguimento clínico pequeno.

A reposição hormonal no climatério e na pós menopausa pode e deve ser usada pelas mulheres, mas com moderação e equilíbrio por parte de quem prescreve e de quem recebe. Não deve ser realizada de maneira indiscriminada, em esquemas de administração comuns para toda a população, e sim de forma seletiva e individualizada conforme o perfil de cada mulher. A reposição hormonal traz grandes benefícios quanto à preservação da massa óssea, à proteção cardiovascular e ao aspecto cosmético da pele. Porém existe justificada preocupação quanto a possíveis riscos decorrentes dessa prática, como, por exemplo, estímulo ao aparecimento de tumores malignos de mama, porque os hormônios empregados

(estrogênio e progesterona) tem ação proliferativa sobre o tecido glandular do órgão. Alguns cuidados devem ser observados: a reposição hormonal deve ser dirigida principalmente às mulheres com risco elevado de osteoporose e problemas cardiovasculares; deve ser ministrada na menor dose e pelo menor tempo possível; aconselha-se evitar a reposição hormonal em mulheres com história familiar de câncer de mama em mães ou irmãs, ou com biópsias de mama prévias, revelando lesões consideradas pré-malignas; e deve-se evitar a associação de progesterona quando a mulher for hysterectomizada.

5.10.2.3 Fator Associado ao Álcool

Segundo Queiroz (1994), alguns estudos indicam haver maior risco com a ingestão moderada, porém outros estudos não confirmam esse fato. É provável que o consumo moderado de álcool esteja associado a outros fatores de risco.

5.10.2.4 Fatores Nutricionais

A obesidade associa-se de forma positiva ao risco de desenvolvimento de câncer de mama na pós menopausa. Nesta época, o tecido adiposo apresenta inusitada capacidade de converter androstenediona em estroma, pela ação das aromatases. Embora de baixa potência estrogênica, a estroma poderia desencadear a longo prazo proliferação não só do tecido mamário quanto do endométrio.

A ingestão excessiva de gorduras de origem animal, polissaturadas, aumenta por igual a chance de desenvolvimento de neoplasia mamária, talvez porque propicie o metabolismo intestinal dos esteróides biliares em estrogênio, sob ação de bactérias.

É interessante observar que a correção da dieta e a redução do peso talvez sejam ainda os únicos fatores de risco em que o mastologista possa realmente atuar de forma simples e decisiva, diminuindo o risco de câncer de mama em 15 a 20% .

Alguns relatos demonstram associação entre o hábito de ingestão alcoólica e câncer de mama, talvez pela metabolização inadequada dos esteróides sexuais circulantes, cuja sulfatação é feita no fígado. Esses resultados preliminares ainda necessitam de confirmação.

5.10.2.5 Fatores Histopatológicos

Algumas neoplasias aumentam o risco relativo de desenvolvimento de câncer mamário, destacando-se entre elas as de cólon, ovário e endométrio. Além disso, a paciente com câncer de mama apresenta elevado risco de desenvolver a doença na mama oposta.

Uma questão prática importante é a possível relação das alterações fibrocísticas mamárias, impropriamente chamadas de *displasia mamária*, com o câncer de mama. Em importante trabalho, que está sendo reconhecido como marco referencial no estudo da associação displasia mamária e câncer, Dupont e Page, em 1985, apresentaram os resultados de seguimento de 3.303 pacientes que se submeteram a biópsia de mama e cujos laudos histopatológicos revelaram lesões displásicas por período médio de 17 anos.

Segundo esses autores não há elevação de risco de câncer de mama no futuro diante de adenose, metaplasia apócrina, microcistos, macrocistos, perplasia leve (entre duas e quatro camadas de células epiteliais), ectasia ductal, fibrose de estroma e metaplasia escamosa. O risco relativo de câncer de mama eleva-se discretamente (1.5 a 2.0) na hiperplasia moderada (com mais de quatro camadas celulares acima da membrana basal, seja na forma de epitelióse ou na de papilomatose) e na adenose esclerosante. O risco relativo é alto apenas na

hiperplasia atípica (4.0) e aumenta mais com história familiar de câncer de mama. Em termos de risco absoluto, uma mulher com hiperplasia atípica sem história familiar de câncer de mama tem 8% de chance de desenvolver câncer em 10 anos e outra com história familiar tem em torno de 20%.

Fica claro que nas alterações fibrocísticas o risco é substancialmente elevado somente nas raras formas de lesões proliferativas com atipias, que aliás não se constituem em atributo exclusivo das alterações fibrocísticas da mama e podem ser achados acidentais em biópsias praticadas por outras razões.

5.10.2.6 Fatores Decorrentes de Radiação

As radiações ionizantes podem aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer mamário, particularmente quando atuam na “janela” de risco entre a menarca e a primeira gestação de termo. Na prática, felizmente, os níveis de radiação necessários para atuar dessa maneira raramente são atingidos em se tratando de exames radiográficos. Deve-se salientar que a dose ionizante da mamografia é pequena e parece não contribuir significativamente para o desenvolvimento da doença.

5.10.2.7 Fator Relacionado a Raça

Segundo Queiroz (1994), a incidência do câncer da mama é ligeiramente maior em mulheres da raça branca, quando comparadas com as da raça negra.

5.11 Manifestações Clínicas

Os sintomas da doença são insidiosos. Um tumor indolor, que pode ser móvel, desenvolve-se na mama, geralmente no quadrante superior externo, mais freqüentemente à esquerda que à direita. Noventa por cento são encontrados pelas próprias mulheres ou seus companheiros.

A dor geralmente está ausente, exceto nos estágios posteriores. Poucas mulheres tomam consciência de seu problema pela primeira vez através de um desconforto bem localizado que pode ser descrito como queimação, ardência ou dor. Algumas mulheres não apresentam sintomas e não possuem tumor palpável, mas apresentam uma mamografia anormal. Finalmente, em casos avançados, sem detecção e tratamento, pode ser observado um aspecto ondulado ou em casca de laranja, que é devido ao edema produzido por obstrução da circulação linfática na camada dérmica.

Ao exame no espelho, a paciente pode observar assimetria e uma elevação da mama afetada. Pode haver retração do mamilo evidente. Posteriormente, a mama torna-se mais ou menos fixa à parede torácica. Seguem-se ulceração e metástases. O diagnóstico é feito mantendo-se um elevado índice de suspeita, anamnese completa e realização de um exame cuidadoso e um estudo mamográfico. Se os achados forem suspeitos, é realizada uma biópsia excisional da região.

Se for realizada biópsia com uma agulha fina ou por incisão, é essencial uma amostra adequada. Se o tecido é positivo para carcinoma, são realizados outros exames. Estes incluem um perfil completo, incluindo estudos hepáticos, ACE (antígeno carcinoembrionário), um marcador inespecífico encontrado no sangue que aumenta se houver metástase, cintilografia óssea, radiografia de tórax e cintilografia hepática.

O objetivo desses estudos é excluir metástases ou comprometimento da função hepática ou renal possivelmente relacionada a doença avançada.

5.12 Exame Clínico das Mamas

O Ministério da Saúde, através do Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama (1986), afirma que o exame clínico das mamas deve ser uma rotina no exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia ou qualquer outra patologia incidente. O exame clínico das mamas requer momentos terapêuticos obrigatórios, mesmo que à simples inspeção aparentem ser normais

As mamas são órgãos superficiais de fácil acesso ao exame físico. Os métodos clínicos de exame são relativamente fáceis de serem executados e ensinados, reprodutíveis, baratos e fornecem informações precisas a respeito das diversas patologias mamárias, permitindo inclusive o diagnóstico precoce do câncer.

Idealmente, a palpação mamária deveria fazer parte do exame físico de toda mulher. O que se observa na realidade é que isso não ocorre na maioria das vezes, tanto por falha do profissional da saúde quanto da própria mulher, que não aceita ser examinada por um profissional não especializado.

A maneira de tentar minimizar esse quadro é difundir, entre a equipe de profissionais da saúde de uma maneira geral, as técnicas do exame mamário e, entre os leigos, a importância do auto-exame.

Segundo Gomes (1994), a queixa principal das pacientes portadoras das pacientes portadoras de câncer da mama tem sido a presença de nódulo. A presença de tumor mamário é motivo da consulta em 89,7% dos casos.

Um dado preocupante em nosso meio é a demora da paciente em procurar a ajuda adequada quando receber a doença na mama.

Pinotti (1986), relata que uma em cada 19 ou 16 mulheres que nascem no Brasil, irá desenvolver câncer de mama durante a sua vida.

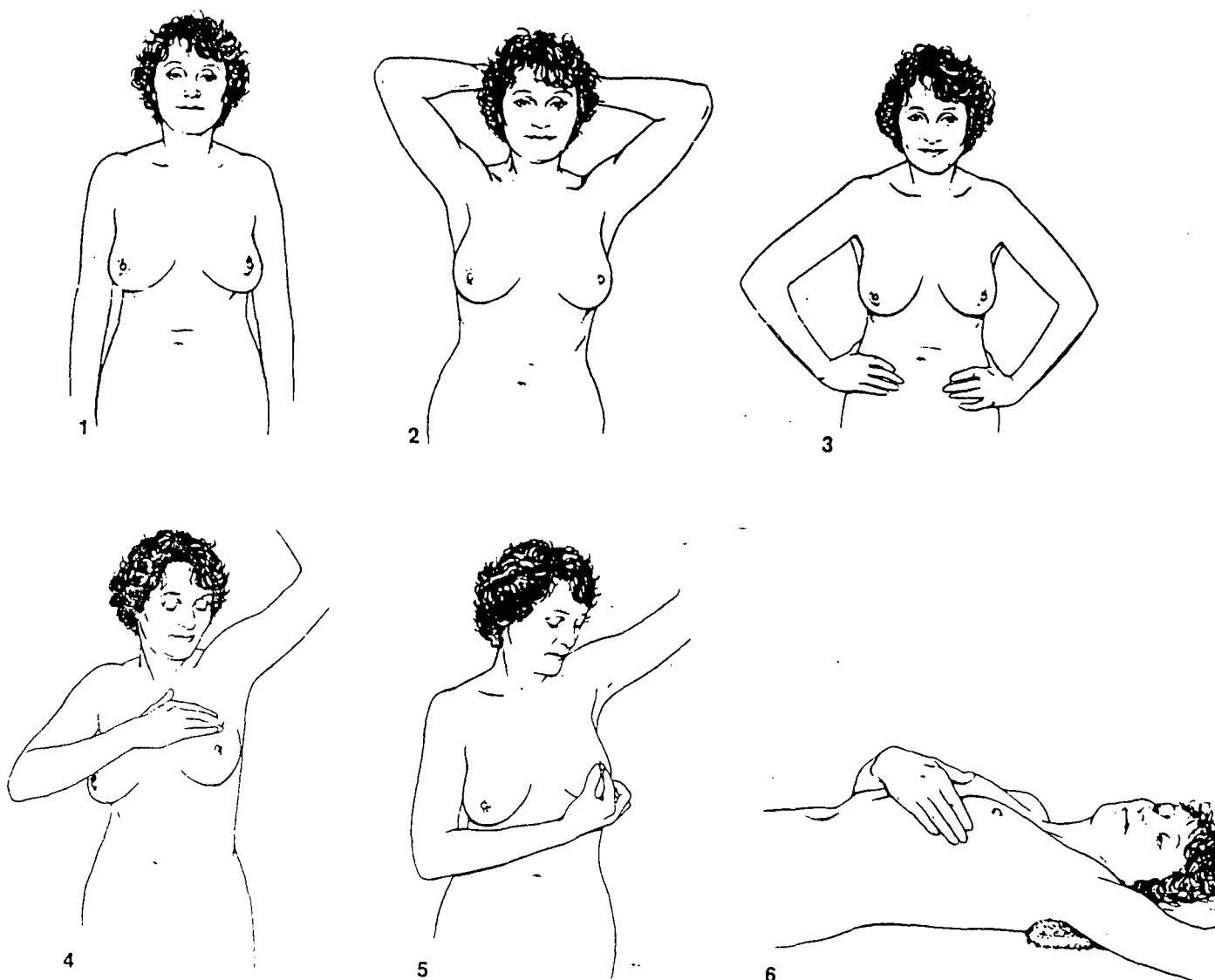
Silveira (1987), afirma que 80% dos tumores mamários são percebidos pela própria paciente.

Quando o diagnóstico é precoce e o tratamento instituído é correto, têm-se excelentes resultados no tratamento de tumor mamário.

Como vários cânceres de mama são detectados pelas próprias mulheres, deve ser dada prioridade à orientação de todas as mulheres sobre como e quando examinar suas mamas.

O momento ideal do auto-exame é sete dias após o término da menstruação. Se uma mulher está no período pós menopausa, é encorajada a examinar suas mamas no primeiro dia de cada mês para garantir regularidade e rotina.

Figura 5 - Auto Exame da Mama



Auto-exame da mama (AEM).

- (1) De pé em frente a um espelho. Examine ambas as mamas verificando se há algo incomum. Observe se há secreção nos mamilos, pregas, ondulação ou descamação da pele. As duas etapas seguintes são realizadas para verificar se há qualquer alteração do formato ou contorno de suas mamas. Enquanto as segue, você deve sentir seus músculos torácicos enrijecendo;
- (2) Olhe cuidadosamente no espelho, junte as mãos atrás da cabeça e pressione-as para frente;
- (3) A seguir, pressione as mãos firmemente sobre os quadris e incline-se ligeiramente em direção ao espelho enquanto traz ombros e cotovelos para a frente. Algumas mulheres realizam o exame durante o banho. Seus dedos deslizam facilmente sobre a pele ensaboada, de forma que se possa concentrar para perceber alterações no interior da mama;
- (4) Levante o braço esquerdo. Use três ou quatro dedos da mão direita para palpar a mama esquerda de forma firme, cuidadosa e completa. Começando na borda externa, pressione a parte plana dos dedos em pequenos círculos, movendo os círculos lentamente ao redor da mama. Siga gradualmente em direção ao mamilo. Certifique-se de que examinou toda a mama. Preste atenção especial à área entre a mama e a axila, incluindo a própria axila. verifique se há alguma tumoração ou massa incomum sob a pele;
- (5) Gentilmente comprima o mamilo e verifique se há secreção (Se houver qualquer secreção durante o mês - seja ou não durante o auto-exame - procure seu médico). Repita o exame na mama direita;
- (6) As etapas 4 e 5 devem ser repetidas na posição deitada. Coloque-se em decúbito dorsal, com o braço esquerdo sobre a cabeça e uma almofada ou toalha dobrada sob ombro esquerdo. Essa posição achata a mama e torna mais fácil o exame. Use o mesmo movimento circular descrito acima. Repita na mama direita.

5.12.1 Sinais de Alarme

Assimetria das mamas, presença de nódulo mamário, alteração da coloração da pele, retração da pele ou do mamilo, secreção mamilar (que não seja leite), nódulos nas axilas, nódulo na região supra-clavicular e edema de baço de origem desconhecida. Silveira (1987).

5.12.2 Sintomas de Alarme

Dor mamária, alterações da temperatura mamária, sensação de peso anormal na mama e dor em região axilar de origem desconhecida. Silveira (1987).

Tabela 1: Tipo de secreções relacionadas com a sede da lesão e a alteração correspondente.

Tipos de Secreção	Sede da Lesão	Alteração Correspondente
a. Esverdeada ou acizentada	Bilateral	Molétis fibrocística Ectasia ductal
b. Leitosa	Quase sempre bilateral	Hiperprodução de prolactina (adenoma de hipófise, contraceptivos orais, tranquilizantes, etc).
c. Purulenta	Em geral unilateral	Galactoforite - mastite
d. Serosa - citrina ou límpida abundante	Unilateral	Papiloma único ou múltiplo Proliferações epiteliais Benignos Extasia ductal, carcinoma (raro)
e. Seroemática ou hemorrágica	Unilateral	Papiloma único ou múltiplo Proliferação ductal benigna Hiperplasia ductal atípica Carcinoma ductal <i>in situ</i> ou infiltrativo

Fonte: Gomes, 1994.

5.13 Técnicas Diagnósticas

5.13.1 Mamografia

A mamografia é uma radiografia da mama. Basicamente seu objetivo é dar informações e fazer diagnósticos precoce do câncer da mama, antes de ser clinicamente palpável. Este exame possui limitações e não é perfeitamente seguro. Há uma taxa de falso-negativo de 5% a 10%.

5.13.2 Ultrasonografia

É utilizado um transdutor para concentrar um feixe de ondas sonoras de alta frequência através da pele e na mama. O eco das ondas sonoras varia com a densidade do tecido subjacente. O eco então é representado em uma tela. A técnica tem precisão de 95% a 99% no diagnóstico de custo, mas não é definitiva na exclusão de malignidade.

5.13.3 Aspiração com Agulha – Biopsia Cirúrgica

A biópsia da mama, que envolve a obtenção de amostras de tecido para exame, pode ser realizada a nível ambulatorial. O procedimento pode ser realizado com ou sem um anestésico local. Após a injeção de um anestésico local (se usado), uma agulha fina é direcionada para a área de onde será retirada a amostra. É aplicada aspiração a uma seringa, e o tecido ou líquido é retirado pela agulha.

Esse material é espalhado sobre uma lâmina e enviado ao laboratório. Várias lesões podem ser diagnosticadas com precisão por este método.

Outras biópsias são realizadas na sala de cirurgia sob anestesia geral ou local. Geralmente é removida toda a lesão e são realizadas uma secção por congelamento e exame patológico. Se for diagnosticado câncer, o tecido também é testado quanto ao estado do receptor de estrogênio e progesterona.

O tratamento hormonal pode ser utilizado em pacientes com exame positivo para esses receptores (descrito mais adiante), uma vez realizado o procedimento cirúrgico definitivo.

A localização por agulha é utilizada quando são observadas calcificações puntiformes, indicando uma possível malignidade.

Quadro 11: Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos

Achados Clínicos	Sugestivo de Malignidade	Sugestivo de Benignidade
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele em “casca de laranja”	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (fibroadenoma)
Nódulos axilares e ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim
Massa tenra, renitente	Não	Sim
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante a lactação

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de programas Especiais de saúde. Controle do Câncer Cérvico-uterino e mama. Brasília, 1986.

5.14 Estadiamento Clínico

A atual classificação TNM para o carcinoma mamário foi estabelecida pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) no ano de 1988 e é a seguinte:

T = *Tumor Primário*

TX = Tumor primário não pode ser avaliado

T0 = Não há evidência de tumor primário

Tis = Carcinoma *in situ* (intraductal ou lobular) ou doença de paget sem tumor

Nota - A doença de paget associada a tumor é classificada de acordo com o volume do mesmo.

T1 = Tumor com até 2 cm na sua maior dimensão

T1a = Tumor com 0,5 cm ou menos na sua maior dimensão

T1b = Tumor com 0,5 a 1 cm na sua maior dimensão

T1c = Tumor com 1 a 2 cm na sua maior dimensão.

T2 = Tumor com 2 a 5 cm na sua maior dimensão.

T3 = Tumor com mais de 5 cm na sua maior dimensão.

T4 = Tumor de qualquer tamanho, com extensão à parede torácica ou à pele.

Nota - parede torácica inclui costelas, músculos intercostais e músculos denteado anterior. Não inclui músculos peitorais.

T4a = Extensão à parede torácica.

T4b = Edema (inclusive *peau d'orange*) ou ulceração da pele da mama os tumores satélites confinados à mesma mama.

T4c = Ambas (T4a e T4b).

T4d = Carcinoma inflamatório.

Nota - Carcinoma inflamatório é caracterizado por endurecimento difuso e intenso da pele, com borda erisipelóide, geralmente sem massa palpável subjacente. Retração da pele e do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem afetar a classificação.

N = Linfonodos Regionais

- NX = Linfonodos regionais que não podem ser avaliados (por exemplo previamente retirados).
- NO = Ausência de metástases em linfonodos regionais.
- N1 = Metástase em linfonodo(s) angular(es) homolateral(is) móvel(is).
- N2 = Metástase em linfonodos axilares fixos uns aos outros ou a outras estruturas.
- N3 = Metástase em linfonodos da cadeia mamária interna homolateral.

M = Metástases a Distância.

- MX = Presença de metástase a distância não pode ser avaliada
- MO = Ausência de metástase a distância
- M1 = Metástase a distância (inclusive metástases para linfonodos supra-claviculares).

A categoria M1 pode ser adicionalmente especificada, de acordo com as seguintes anotações:

- PUL = Pulmonar

OSS = Óssea

HEP = Hepática

CER = Cerebral

LIN = Linfonodal
- MED = Medula óssea

PLE = Pleural

PER = Peritoneal

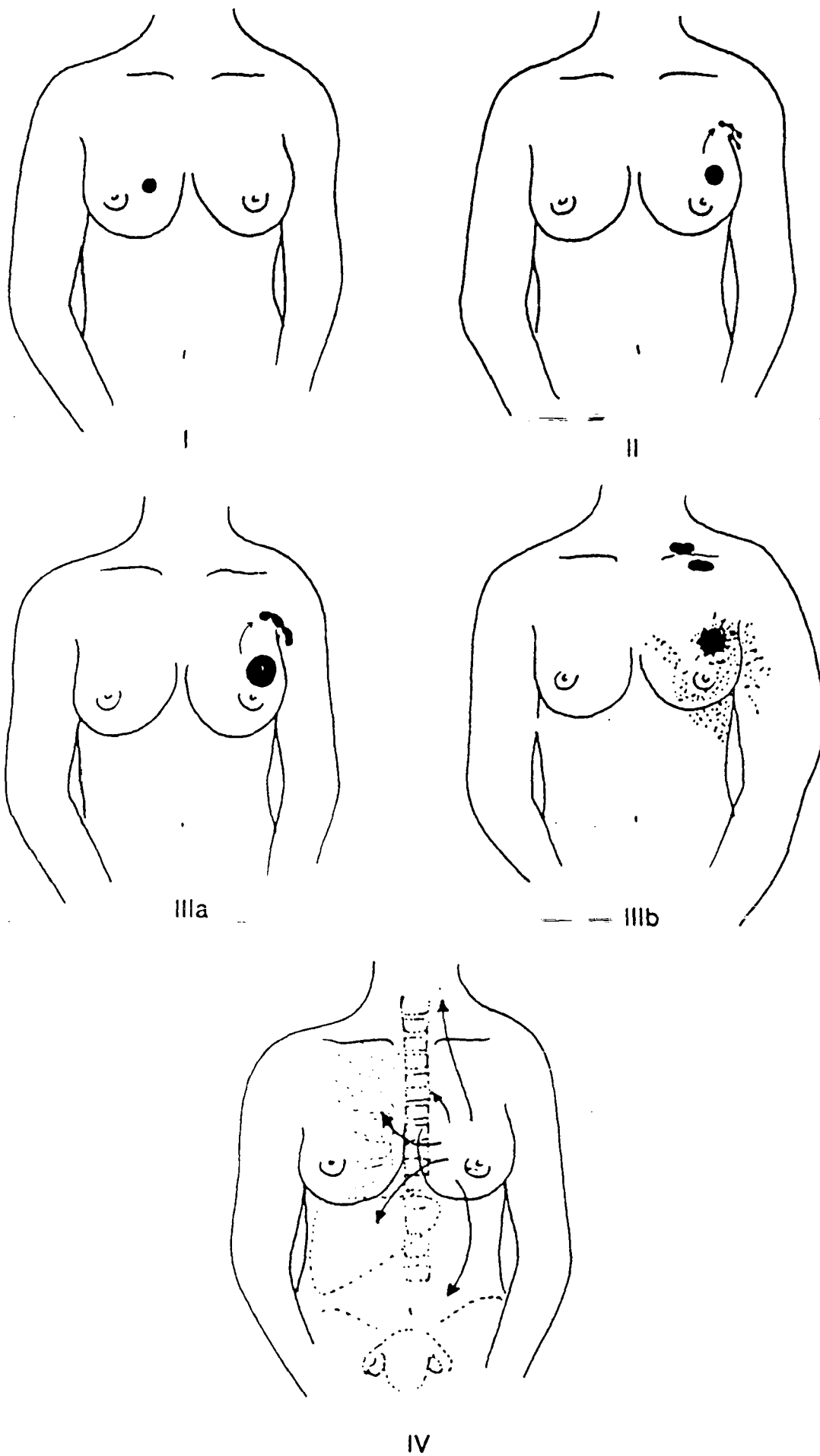
CUT = Cutânea

OUT = Outras

Estágios do Câncer de mama por Tumores, linfonodos e metástases (estadiamento TNM)			
Estágio I	T (menor que 2 cm)	N (sem metástase axilar)	M (sem metástase)
Estágio II	T (maior que 2 cm)	N (metástase axilar móvel)	M (sem metástase)
Estágio III	T (maior que 5 cm)	N (metástase axilar fixa)	M (sem metástase)
Estágio IV	T (qualquer T)	N (linfonodos supra - ou infraclaviculares)	M (metástase a distância)

(Adaptado do American Joint Committee on Cancer, Manual for Staging of Cancer, 3rd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1988, pp 145-150).

Figura 6 - Classificação Esquemática dos Estágios do Carcinoma de Mama



A classificação esquemática dos estágios do carcinoma de mama foi dividida em quatro estágios clínicos pela The International Union Against Cancer e The American Joint Committee on Cancer. Estágio I: Tumores com diâmetro menor que 2 cm restritos à mama. Estágio II: Tumores menores que 5 cm, ou tumores menores com pequenos linfonodos axilares móveis. Estágio III a: Tumores maiores que 5 cm, ou tumores com aumento dos linfonodos axilares fixos entre si ou aos tecidos adjacentes. Estágio IIIb: Lesões mais avançadas com nódulos satélites, fixação à pele ou parede torácica, ulceração, edema ou com envolvimento do linfonodo supraclavicular ou infraclavicular clinicamente aparente. Estágio IV: Todos os tumores com metástases a distância.

Quadro 12 - Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos

Achados clínicos	Sugestivo de malignidade	Sugestivo de benignidade
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele em “casca de laranja”	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (fibroadenoma)
Nódulos axilares e ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim
Massa tenra, renitente	Não	Sim
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante a lactação

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Controle do Câncer

Cérvico-uterino e Mama. Brasília, 1986.

Quadro 13 - Atividades de Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama, por Micro região, realizadas em 1996, SC.

Micro-região	Palpação de Mamas	Alterações Encontradas	Casos Positivos Diagnosticados
01. AMAI	5.627	43	01
02. AMARP	9.463	65	05
03. AMAUC	8.899	130	02
04. AMAVI	6.867	271	01
05. AMEOSC	9.213	42	04
06. AMESC	7.111	16	-
07. AMFRI	2.375	77	-2
08. AMMOC	3.545	10	-
09. AMMVI	5.951	98	11
10. AMOSC	14.648	144	02
11. AMPLA	2.151	06	01
12. AMREC	21.083	236	-
13. AMUNESC	9.630	139	12
14. AMUREL	14.069	99	01
15. AMURES	6.438	53	-
16. AMURC	13.440	183	02
17. AMVALI	5.356	61	05
18. GRANFPOLIS	21.702	2.123	130
TOTAL	167.568	3.796	179

Fonte: Serviço de Controle do Câncer / GERAЕ / DIAM / SES-SC

6 - FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Atividades/Mês	<i>Março</i>				<i>Abril</i>				<i>Maió</i>				<i>Junho</i>				<i>Julho</i>			
Atividades/Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
01- Elaboração do projeto.																				
02- Entrega do projeto à Banca.																				
03- Entrevista com a Banca.																				
04- Apresentação do projeto.																				
05- Início do estágio.																				
06- Conhecer a estrutura física, operacional, normativa e a área de abrangência do CSII da Lagoa da Conceição.																				
07- Vivenciar a prática da prevenção do câncer ginecológico.																				
08- Buscar a sensibilização das mulheres assistidas e das comunidades circunvizinhas visando a prevenção do câncer ginecológico.																				
09- Contextualizar a prevenção do câncer ginecológico com as mulheres assistidas e comunidade.																				
10- Promover com a população feminina em geral a divulgação de medidas de prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.																				
11- Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.																				
12- Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do câncer ginecológico.																				
13- Encerramento da estágio.																				
14- Entrega do relatório `a Banca.																				
15- Entrevista com a Banca.																				
16- Apresentação do relatório.																				
17- Entrega da versão final do relatório.																				

7 - DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Havíamos planejado o desenvolvimento deste estágio na comunidade do Campeche, uma vez que desejávamos desenvolver um trabalho de educação popular em saúde estritamente a nível comunitário, juntamente com lideranças da comunidade local.

Através da professora co-orientadora do presente trabalho, tomamos conhecimento do interesse daquela comunidade em participar de um trabalho de educação em saúde.

Em função da regulamentação da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, que exige um vínculo institucional, bem como a supervisão de uma enfermeira de campo para execução do estágio, a realização do mesmo conforme nossa pretensão não foi possível.

Tal impossibilidade, causou no grupo frustração por não poder fazer o trabalho idealizado, sentindo-se impedido de responder a um anseio da comunidade. Fomos, então, em busca de um novo campo que atendesse à regulamentação da disciplina.

Optamos pelo Centro de Saúde I do Rio Tavares pelo fato deste abranger a comunidade do Campeche, ainda na tentativa de responder aos anseios daquela comunidade. Fizemos um primeiro contato com o Centro de Saúde e agendamos uma visita ao campo juntamente com a professora co-orientadora.

Durante a visita sentimos muita receptividade dos funcionários do posto que demonstraram interesse na nossa proposta de trabalho, porém a enfermeira do campo não aceitou supervisionar o estágio alegando ser muita responsabilidade para ela.

Esta nova recusa causou um impacto muito negativo no grupo, que refletiu-se num sentimento de desânimo, que, por mais contraditório que pareça, nos deu “garra” para lutar por nossos interesses.

Neste sentido, em busca de um novo campo, tentando ainda nos manter na mesma área de abrangência, fizemos um contato com a coordenadora do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, que nos informou a dificuldade em desenvolver o estágio naquele local por excesso de acadêmicos, em consequência do Projeto Docente Assistencial da Secretaria da Saúde.

Continuando nossa peregrinação em busca de um campo, aventamos a possibilidade de realizar o estágio no Centro de Saúde II de Santo Antônio de Lisboa.

Na tentativa de viabilizar a nossa proposta, marcamos uma reunião na Secretaria da Saúde com a enfermeira supervisora da Região Norte, que nos informou das dificuldades, de origem técnico administrativo, pelo qual o Centro de Saúde estava passando, o que, na percepção dela, poderia interferir no alcance de nossos objetivos.

Gostaríamos de ressaltar que a mesma enfermeira nos auxiliou na busca de um novo campo, tendo sugerido que desenvolvêssemos o trabalho no Centro de Saúde II de Itacorubi.

Entramos em contato com a enfermeira daquele Centro de Saúde, que, ao interessar-se pela nossa proposta, prontificou-se a nos supervisionar. Fizemos uma visita ao Centro de Saúde, entregamos o projeto para a enfermeira e agendamos uma reunião com a mesma e as professoras orientadora e co-orientadora, para a apresentação e discussão do projeto.

Durante esta reunião, que acabou por transformar-se num círculo de cultura, a enfermeira nos comunicou que lera o projeto e entusiasmara-se com o mesmo, tendo inclusive feito a sua divulgação junto as lideranças da comunidade, que estavam ansiosas pelo início dos trabalhos.

Com tudo acertado e satisfeitas pela receptividade da enfermeira do Centro de Saúde II de Itacorubi, encaminhamos o ofício à Coordenadora Geral de Estágios da Secretaria da Saúde e encontrávamos-nos prontas para iniciar os trabalhos.

Qual não foi nossa surpresa, ao, um dia antes da apresentação pública do projeto, receber da professora orientadora a notícia de que a Secretaria da Saúde através da Coordenadora Geral de Estágios, havia vetado o desenvolvimento do mesmo naquele local, tendo autorizado a realização do estágio no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição.

Apesar de estarmos finalmente com um campo garantido para o desenvolvimento do projeto, a negativa do estágio no Centro de Saúde II de Itacorubi, sem uma justificativa plausível, nos causou revolta, indignação e uma grande frustração.

Algumas perguntas ficaram até hoje sem respostas para nós:

-Por quê o impedimento de uma ação educativa em saúde, em uma comunidade que ansiava pela mesma, mostrando-se receptiva, dando inclusive suporte estrutural (oferecimento de casas, associações da comunidade e divulgação do trabalho pelos líderes da mesma) para o andamento das ações?

-Por quê o impedimento do estágio em um Centro de Saúde, no qual a enfermeira está envolvida na comunidade e estimulada para participar da supervisão?

-Até que ponto, nós, profissionais da saúde, estamos realmente comprometidos com os interesses e necessidades da população?

Frente ao acima exposto, como proposto, realizamos 44 dias de estágio, com a média de cinco horas diárias no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, na comunidade da Lagoa da Conceição (o Casarão, a Sociedade Amigos da Lagoa, a praça e casas) e escolas de outra comunidade que mostraram interesse pelo tema, nos períodos matutino, vespertino e noturno.

A seguir passaremos a descrever o processo de execução de cada objetivo e os resultados obtidos, lembrando que o trabalho foi realizado tendo em visto o objetivo geral que foi: Refletir com as mulheres usuárias do Centro de Saúde II da

Lagoa da Conceição e moradoras das comunidades circunvizinhas a importância da prevenção do câncer ginecológico, buscando a sua mobilização para a promoção da saúde, através da assistência de enfermagem fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire.

7.1 - Conhecer a estrutura física, operacional, normativa e a área de abrangência do CSII da Lagoa da Conceição.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Conhecer a área física e os serviços oferecidos pelo CSII.	- Visitar as instalações físicas do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as instalações físicas do CSII forem visitadas pelas acadêmicas.

Avaliação da Execução da Ação

No primeiro dia de estágio tivemos o nosso primeiro contato com as instalações físicas do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, fato este que julgamos ser de grande importância para o desenvolvimento do nosso estágio, pois nos possibilitou uma maior liberdade de ação dentro do mesmo, bem como conhecimentos acerca dos serviços oferecidos, viabilizando a contextualização do campo e encaminhamento das clientes para outros serviços oferecidos pelo CSII. (Anexo I)

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Interagir com os funcionários do CSII da Lagoa da Conceição em relação ao projeto.	- Reunir-se no primeiro dia de estágio com os funcionários explicando o projeto e buscando parceria para o desenvolvimento do mesmo.	- 25 de março.	- O objetivo será considerado alcançado se a reunião for realizada no primeiro dia de estágio e se houver parceria dos funcionários no desenvolvimento do projeto.
	- Reunir-se no último dia de estágio com os funcionários para lhes apresentar uma conclusão do projeto.	- 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se a reunião for realizada no último dia de estágio e se houver parceria dos funcionários contribuindo na conclusão do projeto.

Avaliação da Execução da Ação

Como proposto pela ação a cima, no primeiro dia de estágio fomos apresentadas pela supervisora aos funcionários, para os quais relatamos alguns dos nossos objetivos e tempo de permanência no campo. Esta interação com os funcionários durou por todo o desenvolvimento do estágio, estando estes disponíveis, nos apoiando e estimulando sempre que necessário. Também no primeiro dia de estágio tivemos o nosso primeiro contato com a Enfermeira Supervisora, onde esclarecemos nossos objetivos, expectativas e trajetória na procura de um campo de estágio.

No último dia de estágio nos reunimos com os funcionários e Enfermeira Supervisora para encerrar e apresentar as atividades desenvolvidas, momento que foi muito importante para nós enquanto acadêmicas, pois percebemos os fortes laços de afetividade que havíamos criado neste período.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Conhecer a estrutura operacional e normativa do CSII da Lagoa da Conceição.	- Ler as normas, rotinas e fluxograma do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conhecerem e aplicarem as normas, rotinas e o fluxograma do CSII.
	- Observar a operacionalização do CSII.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conseguirem identificar e operacionalizar as ações realizadas ao CSII.

Avaliação da Execução da Ação

Na semana proposta as acadêmicas conheceram e aplicaram as normas e rotinas, o que possibilitou a estas aplicarem as mesmas no decorrer do estágio. O conhecimento da estrutura operacional e normativa foi imprescindível para o bom andamento do projeto, além de facilitar a nossa integração no CSII.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Levantar dados referentes a área de abrangência do CSII da Lagoa da Conceição.	- Pesquisar esses dados no IBGE, SMS e lideranças locais.	- 3ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se forem levantados os dados necessários à contextualização da comunidade

Avaliação da Execução da Ação

Através da própria comunidade, funcionários do CSII, Supervisora e lideranças locais, as acadêmicas levantaram dados a cerca das comunidades que fazem parte da área de abrangência e confluência, facilitando assim a contextualização com a comunidade.

Frente ao acima exposto consideramos o objetivo alcançado.

7.2 - Vivenciar a prática da prevenção do câncer ginecológico.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Proceder o exame preventivo do câncer cérvico uterino e de mama de acordo com as normas e rotinas do CSII.	- Seguir as normas técnicas e rotinas da coleta do exame colpocitológico e de mama. - Dialogar com as clientes sobre a prevenção do câncer ginecológico.	- 25 de março a 06 de junho. - 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se cada acadêmica proceder o exame colpocitológico e de mama conforme a rotina. - O objetivo será considerado alcançado se for buscado o diálogo com 100% da clientela atendida.

Avaliação da Execução da Ação

Participamos de 36 procedimentos de exame preventivo de câncer cérvico uterino e de mama, realizando as orientações necessárias. Importante salientar que apesar de conhecerem o auto exame de mamas, a grande maioria da clientela, não o praticava rotineiramente. Julgamos que a vivência da prática da prevenção do câncer ginecológico foi importante e indispensável para o entendimento e contextualização desta temática.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Passar uma manhã na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis, afim de adquirir prática na coleta de exames preventivos e de mama.	- Contatar com a Enfermeira do PAM afim de agendar o treinamento.	- 3ª/ 4ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas cumprirem o treinamento

Avaliação da Execução da Ação

A ação não foi cumprida, pois as acadêmicas não participaram do treinamento, julgando desnecessária a ação devido a demanda do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição ser considerada por nós suficiente.

Frente ao acima exposto, consideramos o objetivo parcialmente alcançado, salientando que o não cumprimento da segunda ação proposta, no nosso entendimento não acarretou prejuízo no desenvolvimento do trabalho.

7.3 - Buscar a sensibilização das mulheres assistidas e da comunidade local, visando a prevenção do câncer ginecológico

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Refletir com a comunidade e a equipe do CSII a necessidade de prevenir o câncer ginecológico.	- Contatar com as lideranças locais, grupos organizados e igrejas, divulgando o trabalho a ser realizado.	- 4ª semana de março.	- O objetivo será considerado alcançado se forem contatados os grupos organizados, as lideranças locais e igrejas, sendo divulgado o trabalho realizado.
	- Participar de reuniões do CSII do Lagoa da Conceição	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de reuniões oferecidas pelo CSII.
	- Participar de eventos promovidos pela comunidade.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de eventos promovidos pela comunidade.

Avaliação da Execução da Ação

Durante o estágio entramos em contato com lideranças locais, que facilitaram a nossa inserção na comunidade, dando-nos uma nova visão desta e ampliando nosso conhecimento sobre a mesma.

Estes contatos nos proporcionaram participar do SOS Costa da Lagoa, onde tivemos oportunidade de estar mais abertamente junto à comunidade, realizando a prevenção do câncer ginecológico, com entrega de panfletos e demonstrações do auto exame de mama. (Anexo 2) Atividade realizada no S.O.S. nos mostrou a importância da divulgação do saber em saúde junto à comunidade apesar desta última muitas vezes mostrar-se a primeira vista desinteressada em ações que não lhe tragam benefícios imediatos, na sua percepção, fato este que reforça a necessidade da educação problematizadora e a nossa ansiedade de incorporar a prática libertadora (Anexo 3)

Participamos de uma reunião oferecida para os Diabéticos da comunidade, onde tivemos, então, a possibilidade de falar sobre o trabalho que estávamos realizando nesta comunidade e convidá-los a participarem de um grupo de mulheres, com o intuito de discutir assuntos relacionados à saúde da mulher. Tal atividade nos mostrou que a inserção em grupos já formados, requer um maior esforço para trabalhar dentro de uma metodologia problematizadora.

Frente ao exposto consideramos o objetivo alcançado.

7.4 - Contextualizar a prevenção do câncer ginecológico com as mulheres assistidas e comunidades

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Problematicar a prevenção do câncer ginecológico.	- Estimular a construção de círculos de cultura através da participação nos grupos já constituídos na comunidade.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se houver estimulação da construção de círculos de cultura.
	- Procurar assessoria interdisciplinar através da participação na construção dos círculos de cultura de uma formanda do curso de psicologia.	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se houver assessoria da formanda do curso de psicologia.
	- Utilizar gravadores, cadernos de campo e audio-visual para registro da construção dos círculos de	- No decorrer do estágio.	- O objetivo será considerado alcançado se forem utilizados recursos para registro da construção dos círculos de

	cultura.		cultura.
Avaliação da Execução da Ação			
<p>No decorrer do estágio utilizamos os grupos já formados na comunidade (diabéticos e idosos) com o intuito de estimular a construção de círculos de cultura a ser realizado todas as sextas feiras no “Casarão da Lagoa”. Também utilizamos recursos para a divulgação da construção destes como cartazes, faixas e entrega de lembretes. (Anexo 4) Mediante esta ação de divulgação contamos com a participação de uma mulher do grupo de idosos, uma do grupo de diabéticos e outras devido aos cartazes colocados em pontos estratégicos. Salientamos que a princípio o baixo número de participantes nestes encontros, nos causou frustração, sentimento este trabalhado por nós enquanto grupo dentro do contexto de Paulo Freire, para quem o importante não é massificação da informação, e sim a garantia da qualidade da troca de conhecimento, na socialização do saber. Além disto a própria dificuldade de trabalhar este método dificultou a realização de um trabalho mais eficaz já que somos formados dentro de uma educação bancária.</p> <p>Nestes encontros contamos também com a participação de uma acadêmica de Psicologia, nos dando assessoria em dinâmica de grupo, divulgação dos encontros e visitas domiciliares. Salientamos que o empenho e dedicação desta acadêmica para viabilização da construção dos círculos de cultura foi de vital importância para o alcance deste objetivo.</p> <p>Estes encontros foram registrados através de fotografias e anotações. (Anexo 5)</p> <p>Durante a realização dos 7 encontros, verificamos que aplicar a teoria de Freire não se constitui numa tarefa fácil, uma vez que a nossa educação bancária recebida desde a infância, nos faz, sem que percebamos assumir posturas e comportamentos diretivos, gerando uma grande dificuldade em respeitar o tempo do grupo no despertar da temática chave no nosso trabalho.</p> <p>Neste sentido os temas geradores que iam surgindo durante os encontros foram sendo trabalhados, salientando-se que a problemática do câncer ginecológico surgiu como tema no último encontro.</p> <p>A tentativa de construção dos círculos de cultura é um método bastante eficaz na educação em saúde, além de, através da aplicação de técnicas de dinâmica de grupo, favorecer a afetividade, o diálogo, o entrosamento e a liberdade de expressão do grupo, favorecendo a troca efetiva de conhecimento entre todos os seus membros.</p> <p>Não tínhamos como objetivo a formação de grupos, e sim a tentativa de construção de círculos de cultura, porém a nossa experiência na realização deste último nos leva a afirmar que a formação de grupos é viável desde que se tenha tempo disponível para esperar o despertar da comunidade da necessidade deste, a partir da inserção efetiva dos educadores na mesma. Através do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, os envolvidos neste processo começam a despertar para uma nova leitura do mundo, já que vai ocorrendo o desvelamento crítico da realidade.</p> <p>Por último, julgamos importante salientar que o educador em saúde, ao trabalhar com grupos em círculos de cultura através do referencial teórico de Paulo Freire tem que estar preparado para entrar em conflito com seus próprios paradigmas, trabalhando em si a ansiedade que isso gera. Pois o educador em saúde ao trabalhar com o referencial teórico de Paulo Freire deve fazer parte do próprio projeto de ensino aprendizagem.</p>			
Frente ao exposto consideramos o objetivo alcançado.			

A título de ilustração passaremos a relatar a construção dos círculos de cultura:

Construção do primeiro círculo de cultura

Data: 03/04/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Convidar os participantes a realizar as atividades propostas a seguir:

Aplicação da **dinâmica de apresentação**, onde todos devem caminhar aleatoriamente, explorando o espaço físico com uma música calma de fundo. Sob o comando do animador, vão se cruzando e olhando para o espaço a sua volta. O animador vai aquecendo o grupo pedindo que prestem atenção no espaço físico, a seguir devem prestar sua atenção no seu próprio corpo e por fim, devem prestar sua atenção nas outras pessoas e cumprimentar com o olhar. Deve se escolher uma pessoa que pouco conhece e ficar ao lado. Assim, as duplas sentam e dispõem de 10 minutos para trocar informações para se conhecerem, após, cada um apresenta-se como se fosse o outro.

2º Momento:

Dinâmica do novelo de lã:

Posicionados em roda o animador explica e inicia a atividade que cada um ao receber o novelo, deve amarrar em um dos dedos e responder qual é a sua expectativa sobre o que iremos fazer, após deve jogar o novelo para outro participante, onde este fará o mesmo, formando uma teia de lã, ligando os participantes, imitando laços afetivos. Mostrando como se relacionam direta e indiretamente um grupo de indivíduos. Proporcionando que os participantes reflitam sobre aquele que lhe enviou o novelo e aquele para quem ele próprio enviou.

Seguisse realizando o processo inverso, desfazendo a teia de lã, respondendo a seguinte questão: O que gostaria de conversar nos encontros.

3º Momento:

O animador apresenta novamente a equipe de acadêmicos e os objetivos do projeto, que são o de trabalhar as questões levantadas sobre saúde da mulher.

Programar os encontros semanais no mesmo horário de abril a julho, sugerindo que as mulheres participem com frequência para que se sentiam pertencentes ao grupo.

4º Momento:

Agradecer a presença e avaliar o encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

A primeira participante **M.** veio através do convite ao grupo de diabéticos. A segunda participante **C.** que veio acompanhada de seus três filhos, por intermédio de cartaz fixado no CSII da Lagoa da Conceição. A terceira participante **V.** também compareceu por intermédio do mesmo cartaz. A quarta participante **M. A.** que veio através do convite ao grupo de idosos da SAL (Sociedade Amigos da Lagoa).

Realizamos o primeiro momento de acordo com o planejamento com a dinâmica de apresentação, depois das apresentações que despertou gostosas risadas, questionamos a respeito da opinião das participantes sobre a dinâmica. Estas se encontravam tão curiosas em saber sobre os encontros que foi preciso *interromper o planejamento e explicar sobre os encontros que pretendíamos realizar*. Após realizamos como o planejado o segundo momento, aplicando a dinâmica do novelo de lã, obtendo segundo as expectativas os seguintes dados, as participantes

gostariam de saber mais sobre, sexualidade, menopausa, renda de biuru, diabete e câncer ginecológico.

Após alguns minutos de conversa informal, agradecemos a presença de todas obtendo como resposta a satisfação e o comprometimento de um novo encontro.

Interromper o planejamento criado por nós dentro de uma metodologia que se dizia libertadora, acabou por refletir uma educação bancária. Neste primeiro encontro, em determinados momentos, surgiu a Investigação Temática, da qual foram levantados alguns temas como: sexualidade, menopausa, renda de biuru, diabetes e câncer ginecológico.

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é um método flexível e aberto, que a todo momento estamos realizando, mas devido a nossa dificuldade, não percebíamos este processo.

Construção do segundo círculo de cultura

Data: 17/04/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Iniciaremos *explicando novamente os objetivos dos encontros* e resumindo o encontro anterior.

2º Momento:

Realizaremos novamente a apresentação de cada participante, onde cada uma irá dizer o nome da colega que iniciou a apresentação e repetir todas até a sua vez e assim sucessivamente.

3º Momento:

Como ficou combinado no encontro anterior, iremos debater o tema sugerido: *sexualidade com a distribuição de papéis em branco e canetas* para formulação de questões sobre o tema, estes papéis são recolhidos e redistribuídos entre os participantes, que após a leitura o grupo todo deve ajudar a responder.

4º Momento:

Agradecer a presença, avaliar o encontro junto com os participantes e levantar uma nova temática para ser tratada no novo encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Acreditamos que em função do feriado de 10/04, no dia 17/04 compareceu *apenas uma mulher*. C., que veio novamente com seus filhos.

Desta forma não foi possível realizar o *planejamento pré determinado*. *Explicamos um pouco melhor os nossos objetivos e função nos encontros*. Assim aplicamos o terceiro momento do planejamento sendo que C. apresentando dificuldades de formular a questão preferiu perguntar oralmente: “É normal a mulher ter fogo de 18 anos na cama? E o que fazer para que o homem se interesse mais por sexo?”.

Construímos a resposta em conjunto sendo que cada uma expressava sua opinião assim relatamos que o pico sexual do homem dá-se em torno dos 18 anos, enquanto que o da mulher ocorre geralmente após os 40 anos. Além disso a mulher mais ou menos uma semana antes da menstruação apresenta a taxa de hormônios alterados, estimulando o apetite sexual. O que coincide também com a tensão pré menstrual. Sugerimos algumas alternativas para estimular o parceiro tais como: Som ambiente, meia luz, roupa sensual, perfume atrativo, massagem relaxante e orientamos que a mulher não deve ter receio de sentir tesão, não havendo problema em tomar a iniciativa. Durante esse encontro C. nos relatou um pouco de sua vida pessoal, sobre seu casamento, marido, emprego, filhos e etc...

Como se percebe, em vários momentos aplicamos o método de Pesquisa de Freire, mas como precisávamos trabalhar em nós mesmos, corríamos o risco de ser bancárias e libertadoras.

“Planejamento pré determinado” - Não conseguimos fugir do programa fechado do qual decidimos trabalhar, como se o momento também fosse um aprendizado, até para nós mesmos em quanto grupo.

Entrávamos em contradição, pois ao mesmo tempo em que aplicávamos a metodologia problematizadora proposta por Freire, não colocávamos nossas dificuldades, apenas sistematizamos o conhecimento técnico que acreditávamos ter.

Construção do terceiro círculo de cultura

Data: 24/04/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Aplicação da **dinâmica do prore**, onde nesta os participantes, de olhos vendados, caminham aleatoriamente no centro da sala, tateando-se, sendo que quando um participante toca em outro este deve falar “prore?” obtendo também em resposta a palavra “prore!”, a dupla silencia. Após todos formarem par, restará apenas um por não ter obtido resposta. Ressaltando a importância e necessidade de se viver em grupo.

2º Momento:

Idem ao planejamento anterior.

3º Momento:

Agradecer a presença, avaliar o encontro junto com os participantes e *levantar uma nova temática* para ser tratada no novo encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Após a chegada das participantes C., M.A. e M., iniciamos com o convite para participarem da dinâmica planejada, não sendo viável por encabulação de uma nova participante. Resolvemos assim, manter uma *conversa informal* para envolvimento desta com o grupo. Relatando-nos ter vindo por intermédio de um cartaz fixado no CSII Lagoa da Conceição que lhe chamou atenção por tratarmos de questões a respeito da Saúde da Mulher, trazendo consigo dúvidas a respeito de uma cirurgia realizada a dois anos na qual desconhecia a patologia. Segundo relatos de M. sobre sinais e sintoma, *chegamos a conclusão de que provavelmente tratava-se de uma cirurgia de vesícula biliar*. Relatamos a necessidade de *evitar a ingestão de alimentos ricos em gordura*, mostramos também com esquema desenhado no quadro a sua localização, a sua função e objetivo da bile no organismo. Continuamos conversando contando algumas vezes com a participação das demais sobre o tema discutido.

Encerramos com agradecimentos pela presença e convidando para participarem do próximo encontro, após o feriado no mesmo horário e local.

A dinâmica de grupo é importante para o envolvimento dos participantes, e o método de Freire não impede qualquer tipo de alternativa como forma de melhor se adaptar e entrosar com a comunidade.

As temáticas já haviam sido levantadas no primeiro encontro, mas devido a nossa ansiedade em cumprir um cronograma fechado, insistíamos no erro de propor novo planejamento.

Nossa conversa “informal” não era um diálogo, pois quando fugíamos do planejamento, passava a ser conversa e não diálogo.

Novos temas geradores podem surgir com o diálogo estabelecido em torno das situações existenciais, neste encontro, percebemos a emergência de um novo

tema gerador, como o desconhecimento de uma cirurgia realizada. Sempre relatávamos e discutíamos nossos conhecimentos técnicos, dificilmente conseguíamos partir para um desvelamento crítico da realidade.

Construção do quarto círculo de cultura

Data: 08/05/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Decidimos *neste encontro não realizarmos dinâmica*, apenas realizarmos um *diálogo informal*, com a *distribuição de papéis em branco* para levantamento de questões a serem debatidos.

2º Momento:

Agradecer a presença, avaliar o encontro junto com os participantes e levantar uma nova temática para ser tratada no novo encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Neste encontro contamos com a participação de C., M.A. e primeira vez de E.. Após conversação, conhecendo e nos entrosando melhor com a nova participante *iniciamos distribuindo papéis em branco* para que formulassem perguntas a serem debatidas. Obtemos as seguintes questões:

- *Como se dá o tratamento da Acupuntura?*
- *O que é saúde da mulher?*
- *A mulher passa AIDS do mesmo jeito que o homem?*

Com a opinião de cada uma das participantes, construímos as seguintes respostas:

A acupuntura é realizada com a introdução de agulhas específicas em pontos energéticos espalhados por todo o corpo, para que haja um desbloqueamento destes pontos, facilitando o fluxo de energia.

Sobre a saúde da mulher levantamos que os assuntos que a abrangem são: Planejamento familiar, sexualidade, menopausa, mudanças corporais, reprodução, DST e etc.

Com relação ao terceiro tema sobre a transmissão da AIDS, foi levantada controvérsias, devido a diferença do formato do órgão sexual e modo de eliminação das secreções, sendo que o homem elimina o sêmen dentro da mulher não acontecendo o inverso.

Encerramos o encontro agradecendo e reforçando a nossa presença num novo encontro, naquele mesmo local e horário.

Havíamos decidido que quando não ocorresse o planejamento passaríamos a manter um “diálogo informal”. A diferença entre diálogo informal e formal surgiu neste diálogo que acabamos por chamar de informal.

Após o aparecimento de novos temas geradores houve o desvelamento crítico, que em conjunto partiu para o aprofundamento dos temas, fica ainda uma dúvida: Será que conseguimos em alguns momentos aprofundar o método?

Construção do quinto círculo de cultura

Data: 15/05/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Decidimos novamente não aplicar dinâmica, apenas um *diálogo informal*, com a distribuição de papéis em branco para levantamento de questões a serem debatidas.

2º Momento:

Agradecer a presença, avaliar o encontro junto com os participantes e *levantar uma nova temática* para ser tratada no novo encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Devido estarmos na semana da enfermagem e também participando de evento promovido no Shopping Itaguaçu, uma das acadêmicas deu continuidade enquanto que as outras, mais a acadêmica de Psicologia, foram dar continuidade ao círculo de cultura.

Participou deste encontro apenas uma mulher, M., sendo que apenas conversamos, relatando sua vinda à Florianópolis, bem como os motivos desta, relatou-nos sobre seu relacionamento, problemas, desencontros e traumas,

construímos junto à esta respostas para suas dúvidas, medos e caminhos a serem seguidos.

Ao afirmarmos estarmos “apenas conversando”, reflete novamente nossa frustração enquanto grupo, de não conseguirmos ter um grande número de participantes. Ficando claro a nossa dificuldade em entender o método.

Construção do sexto círculo de cultura

Data: 29/05/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Aplicar a **dinâmica das figuras** que consiste em dispor em local apropriado para que cada participante escolha uma figura que mais goste.

Após a escolha cada participante refere a figura que escolheu, relatando o porque de sua escolha, sendo que após este todos os participantes darão sua opinião sobre a relação entre a figura e a pessoa que escolheu.

2º Momento:

Cada participante deverá escolher uma outra figura que menos goste.

Após a escolha cada participante refere a figura que escolheu, relatando o porque de sua escolha, sendo que após este todos os participantes darão sua opinião sobre a relação entre a figura e a pessoa que escolheu.

3º Momento:

Agradecer a presença, avaliando o encontro junto com os participantes e marcando um encontro para confraternizar e encerrar a construção dos círculos de cultura.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Iniciamos o encontro com a participação de uma mulher, **M.A.** aplicando *como planejado o primeiro momento.*

M.A. escolheu uma figura que continha uma igreja rodeada de flores com árvores fazendo o caminho de uma estrada. Segundo esta a figura na qual relata lembrava-a do passado pois quando solteira, pensava em casar-se em uma igreja de véu e grinalda, sonho que não realizou. Segundo as acadêmicas **M.A.** escolhera aquela figura pela relação que existe entre elas, por ser uma igreja de construção antiga, porém em tempos atuais e as árvores indicam novos e longos caminhos a serem seguidos.

C. escolhera a figura de um casal de garças ao pôr do sol, pois aquele momento expressava aconchego, lar e família. Segundo as participantes a escolha expressa algo de misterioso, uma vez que a imagem reflete mistério.

G. escolhera uma figura obscura, com algumas pedras e luzes de fundo. Nos disse ter gostado da tonalidade das luzes, representando mistério. Segundo as acadêmicas a relação entre figura e pessoa, mostrava que algo no seu interior estava preso, mas que havia muitas esperanças e que as luzes representavam esperança no fim do túnel.

C. escolhera uma figura com um moinho no meio de um jardim, cheio de flores. Segundo as acadêmicas o moinho representa algo estático que necessita do vento para movimentar-se, sendo algo que observa no seu devido lugar o que acontece ao seu redor.

Demos sequência ao segundo momento onde cada participante escolheu uma figura que menos gostou.

M.A. escolheu uma figura obscura com algumas pedras refletindo luminosidade, segundo esta a figura parecia uma foto de um barco tirada no fundo do mar, não gostou por ser uma figura misteriosa, que lhe causava medo. As acadêmicas interpretaram que seu medo devia-se pelo fato de ser uma figura misteriosa, de algo de difícil interpretação, como se temesse o desconhecido.

C. refere-se a uma figura de um urso branco sentado no meio da neve. Não gostando desta por apresentar solidão devido ao frio da neve. Segundo as acadêmicas a escolha desta figura pode representar medo do sofrimento que isso possa representar.

G. Mostrou a figura de um homem esculpido em madeira, com a cabeça chata e o corpo pequeno. Não gostou desta por não apresentar bom aspecto, demonstrava ser mal e não trazia nada de bom. Segundo as acadêmicas pode haver medo de enfrentamento.

C. Escolhera uma figura que consta uma porta em madeira com um homem indiano na entrada desta, atrás da porta estava escuro havendo luz somente no seu exterior. Não gostou porque o homem indiano representou sofrimento e confinamento, uma vez que apenas observa o belo exterior. As acadêmicas explicam que pode haver insegurança no que faz.

A acadêmica de Psicologia explicou que a dinâmica aplicada torna possível exteriorizar um pouco de nossa personalidade que pode estar escondida ou expressa nas figuras, possibilitando auto conhecimento.

Nos sentíamos aliviadas quando conseguíamos aplicar o nosso planejamento, sem perceber o quanto estávamos sendo bancárias com esta atitude, uma vez que o método de Freire se constitui em algo aberto e flexível.

Construção do sétimo círculo de cultura

Data: 05/06/1998

PLANEJAMENTO:

1º Momento:

Confraternização com as participantes do círculo de cultura, com lanche e conversa informal.

2º Momento:

Aplicar **dinâmica do papel**, onde se distribui folhas em branco para que cada participante expresse no papel o que estaria sentido no momento.

3º Momento:

Aplicar **dinâmica do bombom**, onde uma caixa de bombom é embrulhada em diversos papéis, sendo que cada um contém uma mensagem surpresa ao abrir.

4º Momento:

Mostrar a todas as participantes os retratos tirados durante os círculos de cultura e o nosso estágio.

5º Momento:

Aproveitar a oportunidade das fotos e mostrar retratos do câncer de mama orientando sobre este.

6º Momento:

Encerrar os encontros agradecendo a colaboração e participação de todas.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Participaram deste encontro **M.A.** e **C.**.

Aplicamos como planejado o 1º momento, dando sequência com a aplicação da dinâmica do papel, tendo como resultado desta a sequência a seguir:

M.A. Apresentou uma dobradura de um navio. “Para que todos embarcassem neste navio e fossemos juntos para o mar”.

G. Dobrou todo o papel, formando pequeno quadrado. “Devido o fim de uma etapa e início de uma outra, que desconhecemos o resultado”.

C. Recortou o papel no formato de um coração. “Estou com o coração partido porque não vamos mais nos encontrar e foram tirados dois pedacinhos: um representa vocês e o outro os encontros”.

C. Desenhou vários rostos em algumas dobraduras do papel. “Me desenhei num momento sério, triste e feliz, por estarmos juntos, por termos que nos despedir, mas por ter valido a pena”.

C. Dobrou o papel em forma de envelope. “Como entrar em contato com vocês”.

K. Dobrou o papel em forma de um avião. “Decolando para um novo momento”. Dobradura em forma de árvore. “Devido o crescimento no grupo”.

Após esta apresentamos a dinâmica do bombom, onde em cada dizer tínhamos que dar a caixa para aquele que mais encaixava-se com a mensagem.

Como planejado mostramos os retratos tirados durante o estágio e nos círculos de cultura, surgindo entre elas fotos do câncer de mama, na qual surgiu impacto e interesse pelo tema. Aproveitamos a oportunidade e relatamos a importância da prevenção e realização do auto exame de mama, com demonstração deste.

Encerramos o encontro, já com saudade de tudo o que aprendemos e vivemos nestes encontros.

OBS: Mensagens contido em cada embrulho da caixa de bombom, segundo a sua seqüência:

1° Parabéns! Você tem sorte, mas terá mais ainda se fizer um ato de amizade para com o grupo. Entregue esse presente à uma pessoa que você tem como amigo. Se assim o fizer, parabéns pela segunda vez, você estará demonstrando o quanto é prestativo.

2° Amizade é uma virtude muito rara ultimamente. Considere você uma raridade. Depois disto tudo, adivinha?, Isto mesmo! Terás que entregar este lindo presente à uma pessoa que o faz sentir alegre.

3° Não que estejam te chamando de palhaço, mas...! Brincadeirinha. Bom, como de costume ainda não será você o presenteado, esta pessoa é aquela que você considera importante para que o grupo aconteça.

4° Viu como é importante! Sem você o grupo não seria o mesmo! Entregue este pacote para uma pessoa que, apesar de tudo pôde compartilhar momentos juntos.

5° Conviver não é fácil! Mas se a gente se esforça para perceber o olhar do outro, aí a coisa pode melhorar. Entregue agora para uma pessoa que você confia.

6° Confiança não se ganha, se conquista. E você a conquistou, parabéns. Bom, acredito que agora todos já estejam com “água na boca”. Então, entregue esta caixa de bombom para aquele que te represente a bondade.

7° Parabéns bondade! Nossa sociedade precisa de pessoas como você. Há pessoas que ainda pensam nos outros e socializam seus presentes... Ops! O que achas de dividir este presente com aqueles que participaram desta brincadeira? Iremos gostar ainda mais de você, bondade!

Novamente conseguimos planejar a dinâmica, tudo estaria fechado, não haveria uma interferência que nos levaria a ter um “mal estar”.

Por outro lado, houve de uma certa forma, um aprendizado, que constituiu-se numa educação libertadora.

E que também levou ao fechamento do grupo, que na verdade pode ser constituído como o quarto momento de Paulo Freire que pode-se dizer que no final construiu-se um círculo de cultura, já que houve um despertar para a consciência crítica

7.5 - Promover com a população feminina em geral, a divulgação de medidas de prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Divulgar à população em geral ações de auto-cuidado na prevenção do câncer ginecológico, com ênfase no câncer de mama.	- Buscar a divulgação junto a televisão, rádio e jornal, sobre auto-cuidado na prevenção do câncer ginecológico, demonstrando o auto-exame de mama.	- 25 de março a 06 de junho.	- Objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas conseguirem divulgação em no mínimo 1 (um) veículo de comunicação.

Avaliação da Execução da Ação

Utilizamos o Jornal da Lagoa (Lagoa da Conceição) e o Regional (da Grande Florianópolis) para promover a divulgação e a importância da Prevenção do Câncer Ginecológico sendo publicado em Abril e primeira semana de maio respectivamente.

Consideramos esta ação importante por proporcionar informação para a saúde a uma clientela estimada em 25.000 pessoas (tiragem dos jornais utilizados). Os meios de comunicação se mostraram receptivos a este tipo de matéria e somente a falta de tempo nos impediu a busca de uma divulgação mais diversificada.

Confeccionamos 2 faixas (uma divulgando os encontros da construção dos círculos de cultura e outra, a prevenção do câncer ginecológico) fixadas no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição e no Evento SOS Costa. (Anexo 6 e 7)

Importante salientar que esta divulgação partiu de nós acadêmicas de enfermagem, enquanto futuras profissionais sentíamos a necessidade de divulgar, o texto para a divulgação não foi construído com a comunidade, mas a partir do momento que este alcançou os meios de comunicação desta comunidade, esta passou a ser vista como sendo a mesma participante. Ou seja, esta também despertou-se para a consciência de refletir sobre esta problemática tão abrangente e de risco para a população feminina. Desta forma considera-se que Paulo Freire com a sua educação problematizadora estava presente. Portanto, direcionamos a prática, que com a ação desta passou a refletir as condições de saúde desta comunidade e consequentemente emergiu uma nova ação

Frente ao exposto consideramos o objetivo alcançado.

7.6 - Avaliar periodicamente o desenvolvimento do estágio.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Realizar círculo de cultura com a enfermeira supervisora, orientadora e co-orientadora para reflexão do andamento do projeto.	- Agendar encontros quinzenais.	- A cada 15 dias.	- O objetivo será considerado alcançado se os encontros forem mantidos.

Avaliação da Execução da Ação

Realizamos apenas um encontro com a Enfermeira Supervisora, Orientadora e Co-orientadora o que para nós foi de extrema importância para esclarecimento de fatos relacionados ao estágio e projeto, expectativas e frustrações, facilitando assim o desenvolvimento deste.

Realizamos também encontros quinzenais com a Orientadora e Co-orientadora sendo de grande valia, pois buscamos interação enquanto grupo, na busca de esclarecimento de controvérsias, devido a problemas encontrados no grupo de acadêmicas. Na nossa percepção as reuniões com o orientador durante o desenvolvimento do projeto é fundamental no sentido de confirmar ou redirecionar as ações programadas, além de oportunizar a elaboração do pensar sobre a prática desenvolvida. Outro aspecto importante nas reuniões com o orientador é o fato de que este representa para nós um vínculo com a universidade, uma vez que a total independência profissional, é uma conquista gradativa para nós, ainda acadêmicas.

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Refletir e trabalhar as vivências do grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.	- Agendar encontros semanais entre as acadêmicas.	- Todas 6 ^{as} feiras de 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se os encontros forem mantidos.

Avaliação da Execução da Ação

Realizamos as reuniões, muitas delas com o auxílio da orientadora, as quais oportunizaram crescimento pessoal e profissional para todas, a medida que, ao vivenciar nossas dificuldades, tomávamos consciência de que o trabalho em grupo passa pelo entendimento de que cada pessoa tem uma história de vida única, que reflete diretamente na sua concepção de mundo. Neste sentido o trabalho em grupo exige e exigiu de nós respeito a individualidade do outro, e investimento pessoal na busca e manutenção da parceria para o desenvolvimento do trabalho conjunto e o alcance dos objetivos propostos

Frente ao exposto consideramos o objetivo alcançado.

7.7 - Buscar aprofundamento teórico prático a respeito do câncer ginecológico

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Participar de eventos científicos que abordem o tema, no período de desenvolvimento do projeto.	- Procurar informar-se e inscrever-se em eventos científicos da área.	- No decorrer do estágio.	- Objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de 01 (um) evento que ocorrer em Florianópolis.

Avaliação da Execução da Ação

Participamos da 3ª Jornada Científica do HU, apresentando o presente projeto. Tal participação foi fundamental, pois possibilitou o aprofundamento e a troca do conhecimento científico, imprescindível para a atuação do enfermeiro na busca do cuidado de qualidade, livre de riscos (Anexo 8)

Ação	Estratégia	Aprazamento	Avaliação
- Aprofundar o conhecimento teórico, a respeito do tema	- Buscar e conhecer publicações relacionadas ao assunto.	- 25 de março a 06 de junho.	- O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas buscarem aprofundamento teórico.

Avaliação da Execução da Ação

Durante o decorrer do estágio aprofundamos o nosso conhecimento a respeito da Prevenção do Câncer Ginecológico e Saúde da Mulher através de leituras e discussões na construção dos círculos de cultura. Consideramos esta ação de fundamental importância pois a fundamentação teórica, nos proporcionou uma atuação segura e eficaz no desenvolvimento de nosso trabalho.

Frente ao exposto consideramos o objetivo parcialmente alcançado, pois não houve nenhum evento na área do câncer ginecológico durante o desenvolvimento do estágio.

8 - DESCREVENDO AS AÇÕES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO

8.1 Realização de Palestras

No decorrer do estágio realizamos 12 palestras.

*Na Escola Básica Venceslau Bueno:

-3 palestras para turmas de 7ª série e

-3 palestras para as turmas de 8ª série.

*No Centro Educacional Maria Vargas:

-1 palestra para a turma da 8ª série,

-1 palestra para turma de 1ª série do 2º grau,

-2 palestras para as turmas de 2ª série do 2º grau,

-1 palestra para a turma de terceirão e

-1 palestra para o grupo de funcionários deste colégio.

Devida a nossa ansiedade com a necessidade de fazermos algo, e não conseguirmos perceber que isto estava sendo realizado no trabalho desenvolvido junto a comunidade, buscamos realizar palestras.

Estas dificuldades ocorreram devido as próprias angústias sentidas com relação ao método de Paulo Freire. Nossa percepção e o fato de sermos formados enquanto educação bancária, nos fez acreditar que estávamos fazendo pouco e não tivemos a paciência de estabelecer um diálogo com a comunidade da Lagoa da Conceição, para contextualizar os motivos pelos quais não ocorria uma efetiva prevenção do câncer ginecológico. Assim houve momentos em que fomos de encontro a educação problematizadora.

Apesar de tais palestras não serem propostas no projeto, julgamos que a realização das mesmas foi de grande importância, pois divulgaram a prevenção do câncer ginecológico, acreditando estarmos despertando nos ouvintes o início da conscientização para a prevenção, através da divulgação de informações acerca do tema.

Importante salientar que temos consciência de que as palestras não educam para a saúde, mais que, por outro lado, pensamos constituírem, através da divulgação de informações, o início do despertar para a problemática da prevenção do câncer, estimulando os ouvintes a serem multiplicadores do conhecimento adquirido, na busca do auto cuidado à saúde. Chamou-nos a atenção o número razoável de homens interessados nas informações, o que nos faz inferir uma tendência a uma nova postura do homem em relação ao sexo feminino. (Apêndice 1) e (Anexo 9e 10)

8.2 Visita ao Instituto Nacional do Câncer

No dia 24 de Maio realizamos a visita ao Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, conhecendo parte de sua estrutura física e funcional, entrando em contato com pacientes que vivem a problemática do Câncer de Mama, bem como o processo da mastectomia.

O que consideramos importante para o desenvolvimento do nosso trabalho, pois nos mostrou concretamente a magnitude da consequência da falta de prevenção e auto cuidado à saúde. (Anexo 11)

8.3 Visitas Domiciliares

Realizamos 7 visitas domiciliares as mulheres que participaram da construção dos círculos de cultura e líderes locais.

Consideramos importante estas visitas por nos proporcionar uma integração com a comunidade e interação mais direta com as mulheres que participaram da construção dos círculos de cultura, na medida em que proporcionaram a contextualização da realidade vivenciada pelas mesmas. (Anexo 12)

8.4 Participação do Salão da Enfermagem

Participamos em 15 de maio de 1998 do Salão da Enfermagem realizado no Shopping Itaguaçu, durante os períodos matutino, vespertino e noturno. (Anexo 13 e 14)

Durante o evento fizemos a divulgação da prevenção do câncer ginecológico através da demonstração de manequins do auto exame de mamas e da técnica de coleta de colpocitologia oncótica, efetuando as orientações necessárias e entregando à população folhetos explicativos acerca do tema. (Anexo 2)

A participação neste evento foi muito importante para nós, no sentido de ter se constituído num aprendizado de uma das formas de socializar o saber em saúde, através da informação para um grande número de pessoas.

Chamou-nos novamente a atenção o número razoável de homens interessados nas informações, o que nos faz inferir uma tendência a uma nova postura do homem em relação ao sexo feminino.

9 - CONCLUINDO

Ao concluir o presente trabalho gostaríamos de tecer algumas considerações que julgamos importantes, uma vez que as atividades desenvolvidas, enquanto enfermeiras, junto à população atendida, nos desvendaram, entre outros, alguns elementos que facilitam e/ou dificultam o cuidado de enfermagem.

Por acreditarmos que a educação popular em saúde é elemento chave no despertar de uma nova consciência do ser humano para o estabelecimento de seu autocuidado, na busca da promoção de sua saúde, desenvolvemos, durante o estágio, ações educativas, visando a prevenção do câncer ginecológico.

O trabalho desenvolvido, nos leva a concluir que a educação em saúde, apesar de não ser onerosa, envolve, além do conhecimento científico, tempo, boa vontade, paciência, perseverança, interesse e principalmente a formação de parceria entre os participantes do processo pedagógico.

O fato de não ser onerosa e ser tão pouco trabalhada, nos leva, a concordar com Kamers e Ramos (1997), que afirmam que “o saber científico em saúde, não desperta interesse real de alguns profissionais, uma vez que o ensino do autocuidado tende a tornar o ser humano independente, consciente da importância da prevenção, abalando a sustentação da hegemonia dos profissionais de saúde”.

A detecção precoce e a prevenção do câncer ginecológico, mostrou-se viável, operacional e econômica, sendo possível construir em conjunto com a população, ações educativas para o estabelecimento de medidas preventivas, buscando em parceria com a mesma, o repensar e o redirecionamento de sua prática de saúde.

Kamers e Ramos, num trabalho de prevenção do câncer ginecológico realizado no segundo semestre de 1997, na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis, junto à 181 mulheres observaram que 72% das mesmas conheciam o

auto exame de mama, mas não o praticavam rotineiramente, o que as levou, enquanto enfermeiras, a repensar as formas de orientação e ensino deste exame.

No desenvolvimento de nosso trabalho, ratificamos os dados encontrados pelas autoras, ao constatar que 97% das mulheres, por nós atendidas, não realizavam o auto exame de mama mensalmente, pois acreditavam que este seria um procedimento do profissional de saúde, e que apenas este poderia realizá-lo com confiança, o que nos leva a concluir que as formas de orientação e ensino deste exame devem ser repensadas e modificadas, uma vez que os dados encontrados nos dois trabalhos, demonstram claramente que o simples repasse de informações não educa o indivíduo para promoção de sua saúde, pois não gera mudança de comportamento, que na concepção de Paulo Freire, é a consequência natural da educação através da conscientização.

Em outras palavras, pode-se inferir que as mulheres não executam o auto-exame de mama, apesar de conhecê-lo, porque foram, por toda sua vida, objeto de uma educação bancária, na qual o profissional de saúde é o “dono do saber” e a ele compete “cuidar da saúde”. Desta forma, recebem a informação, porém esta não gera mudança de comportamento, uma vez que não são efetivamente educadas para promoção de sua saúde.

Realizamos 12 palestras sobre Prevenção de Câncer Ginecológico em escolas secundárias, a pedido das mesmas, para alunos do segundo grau. Apesar de termos consciência de que desta forma, não se está fazendo educação para saúde e sim, somente informando, consideramos esta ação muito importante, ao percebermos o quanto a população é receptiva e ao mesmo tempo carente de informações básicas para o autocuidado à saúde. Não podemos deixar de considerar que o acesso à informação, *pode ser um dos* elementos facilitadores do processo de educação em saúde, na medida em que germina no indivíduo a semente do despertar da consciência para um problema, que até então, por ignorância, lhe passava despercebido.

No desenvolvimento de nossas atividades, assim como Kamer e Ramos, (1997) percebemos que o câncer ginecológico, no imaginário coletivo, ainda é algo

muito abstrato, que acontece sempre “com a outra” e, como estas autoras, constatamos que a demonstração de material ilustrativo com casos avançados de câncer ginecológico e suas possíveis seqüelas, ao causar forte impacto, traz a noção deste tipo de câncer para o concreto, auxiliando na conscientização para busca do autocuidado à saúde.

Um aspecto importante a ser ressaltado, é o de que o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire, foi para nós, uma experiência muito gratificante, que contribuiu significativamente para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Tentar ser fiel aos pressupostos do referencial teórico de Paulo Freire, constituiu-se em tarefa difícil, tendo em vista que a educação bancária, por nós recebida desde a infância, nos torna diretivos, uma vez que aprendemos a nos considerar “donos do saber”, originando a figura do profissional de saúde “provedor de cuidados e conhecimento em saúde”, que contrapõe-se a do cliente “receptor do cuidado e conhecimento em saúde”.

Tal contradição, entre a educação formal por nós recebida e a libertadora por Freire proposta, gerou em nós, conflitos, crises, dificuldades, que em contrapartida nos estimularam a enfrentar com garra o desafio da tentativa de mudança.

Neste sentido, concluímos que a aplicação do referencial teórico de Paulo Freire, para educação popular em saúde, é viável, porém demanda tempo, perseverança e uma inserção real no contexto da comunidade a ser trabalhada, além de exigir do enfermeiro que o mesmo esteja aberto a repensar e redirecionar sua prática profissional, pois na nossa percepção, na ótica da educação libertadora, o cliente deixa de ser um mero receptor e passa a ser parceiro na construção de novos paradigmas na busca do ser saudável. Neste sentido, o método constituiu-se de um aprendizado, já que houve momentos em que estávamos realizando educação libertadora e em outras incorríamos no erro da educação bancária.

A problemática da prevenção do câncer ginecológico, nosso principal objetivo, emergiu somente no último encontro da construção dos círculos de cultura por nós realizados e pode ser trabalhada em conjunto, na busca da conscientização,

porque aprendemos a respeitar o tempo do grupo, trabalhando nossas ansiedades concomitantemente com os anseios da clientela, formando parceria e buscando a participação efetiva da mesma na construção de um novo saber.

Ao término desta etapa decisiva, que vem concluir o nosso currículo de graduação em enfermagem, podemos com certeza, afirmar que as experiências por nós vivenciadas foram de singular importância para o nosso futuro profissional, pois sentimo-nos profissionais, vivenciando uma atuação participativa, buscando soluções, administrando, educando, enfim, cuidando em enfermagem.

Cientes do grande desafio que enfrentamos, concordamos com Kemer e Ramos (1997), que afirmam que “o **saber** em saúde nem sempre é suficiente para se alcançar o **fazer**, uma vez que este último implica em mudança de comportamento e esta é permeada por crenças, valores e o contexto sociocultural, entre outros”.

Porém, a experiência por nós vivenciada nos leva a concordar com Freire, quando diz que “**mudar é difícil, porém é possível**” e neste sentido, acreditamos que as metas estabelecidas foram alcançadas através das ações por nós realizadas, e sentimo-nos gratificadas pelo resultado atingido, ou seja o despertar na mulher, de sua mobilização no sentido de reconhecer a necessidade do seu auto conhecimento e autocuidado, para expressão do potencial de sua saúde total, sem esquecer de que o trabalho que fazemos para evoluir não é uma meta, mas um processo que levará a vida inteira.

10 - FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES

**** Ao Colegiado da Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada***

Que revisem a abrangência da regulamentação da disciplina, sendo que , a necessidade de uma supervisora, que obrigatoriamente necessita ser enfermeira do campo, impossibilita algumas vezes a realização do projeto idealizado

**** As Enfermeiras de Campo***

Que considerem as nossas necessidades para concluir o curso, abrindo mais campos e apoiando a formação dos futuros profissionais de enfermagem.

**** À Secretaria Municipal de Saúde (Coordenadoria Geral de Estágios)***

Que busquem apoiar os futuros profissionais , abrangendo os campos de estágio, possibilitando a realização de projetos, conforme as necessidades da comunidade e anseios dos acadêmicos.

**** Aos funcionários do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição***

Que continuem assim, sempre prestativos, amigáveis, comprometidos com a integração e profissionalismo dentro da instituição

✱ *A Supervisora enfermeira Claudete Espíndola Tomáz*

Que continuem integrados com as instituições de formação profissional, apoiando as atividades necessárias à formação profissional do enfermeiro.

✱ *A Orientadora professora Olga Regina Zigelli Garcia*

Que continue apoiando e estimulando os acadêmicos para a realização de seus sonhos.

✱ *A Co-Orientadora Ivonete Buss Heidemann*

Que continue através de sua competência e sensibilidade, plantando a semente da educação em saúde através de suas idéias e ideais.

11 - CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- 01 - BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama*. Brasília, 1986.
- 02 - HASUMI, Kuchiro. *O Câncer foi derrotado*. São Paulo: Vejalux, 1986.
- 03 - HEIDEMANN, I.T.S.B. *Participação Popular na Busca de uma Melhor Qualidade de Vida: Uma Alternativa*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação apresentada ao Curso de Mestre em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- 04 - JACOB, S. Francone, CABLOSSOW, W. J. *Anatomia e Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982.
- 05 - KAMERS, E. M. P. e RAMOS, V. R. J. *Cuidando e Buscando o Ensino do Autocuidado à Mulher na prevenção do Câncer Ginecológico*. Florianópolis: UFSC, 1997. Trabalho de Conclusão, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 06 - MONTORO, Antônio Franco. *Mastologia*. São Paulo: Sarvier, 1984.
- 07 - PASTORE, Karina. A melhor arma contra o pior câncer. *Revista Veja*. São Paulo, no. 12, ed. 1488, ano 30, p.16-80. mar. 1997.

- 08 - RIBEIRO, Edgar da Rosa. EONSECA, Nísio Marcondes *Ginecologia Básica*. São Paulo: Sarvier, 1981.
- 09 - SARDENBERG, Izalco. A Guerra ao Câncer. *R. Veja*, São Paulo, V. 1.440, nº16, Ano 29, p. 76-85: Abr. 1996.
- 10 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Manual de Normas e Orientações Técnicas, programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo Uterino
- 11 - SILVEIRA, Luiz Alberto, SILVEIRA Mariette Vande Saúde. *Câncer o que você precisa saber*. Florianópolis, Ed. UFSC, 1987.
- 12 - SOUEN, J. S., PINOTT J. A. *Manual do Câncer Genital Feminino*. São Paulo: Ed. Roca, 1992.

12 - PERCEPÇÃO DAS ACADÊMICAS ENQUANTO GRADUANDAS DE ENFERMAGEM

Enfermagem! 1ª fase, então este será o meu curso, fiz a escolha certa, ainda não fiz nenhum curativo, nem apliquei uma injeção, é engraçado, mas já sei que fiz a escolha certa.

1ª, 2ª, 3ª, 4ª fase, onde escondi minha dedicação? As pessoas me olham com a certeza de que não nasci para assistir, eu sei que não é verdade, só não sei porque tenho tanto medo de errar, de enfrentar a prática, de falhar, sei que no fundo tenho medo de que um erro meu, me tire a certeza de que nasci para ser um enfermeira, a certeza de que nasci para cuidar.

5ª fase, - “Alcione! Não sou uma aluna muito dedicada, mas quero prometer que vou mudar”. Queria provar para mim que a enfermagem teria uma profissional competente, consegui! Sabia que seria um caminho difícil a percorrer, mas eu seria forte.

6ª fase, quantos campos, quantas vivências, quantos sonhos. E num simples piscar de olhos, acabou. Eu queria mais, eu queria ficar mais um pouco, tudo passou tão rápido.

7ª fase, Obstetrícia, que encanto, tudo é tão mágico, mamãe, nascimento, neném, deixem-me ficar aqui, eu amei! Não queria ir para Psiquiatria, parece brincadeira mas as outras meninas dizem que foi ótimo. Cheguei! Psiquiatria, 1ª semana e nenhum paciente parece certo para trabalhar, mas afinal, o que eu poderia esperar? Eu tinha que ser insistente, mas era difícil; quanta gente reservada! Agora tenho um paciente, no fundo sinto como se todos eles fossem meus pacientes também. Choro muito, que vida transtornada! 2ª semana, me fechei, não aguento mais sofrer, não

quero mais me preocupar com todos. 3ª semana, não quero me fechar, acho que prefiro chorar e chorei muito. As outras meninas tinham razão, foi ótimo. Administração, vivenciei o papel de enfermeira, passagem de plantão, visita de rotina...

8ª fase, meu Deus como mudei! Como evolui, como amadureci aqui. A enfermagem abriu algo especial dentro de mim, muitas pessoas podem achar estranho alguém se comover por qualquer coisa, eu acho maravilhoso e sei que sensibilidade não é sinônimo de fraqueza.

Tenho um relatório a fazer, optamos por dar continuidade àquele trabalho sobre câncer ginecológico, vai ser ótimo. Início difícil, projeto complicado, campo distante, nada parece querer dar certo, não vamos desistir, somos um grupo com um mesmo ideal, vamos tentar mais um campo e assim até alcançarmos nosso sonho. Conseguimos! Os primeiros passos foram os mais fáceis. Que situação! Queria fazer tudo novamente, queria começar de novo, queria fazer melhor, sei que fizemos tudo que estava ao nosso alcance e da melhor forma que podíamos; a vida é assim mesmo.

Acabou o estágio!. Agora percebo que a caminhada está chegando ao fim, darei meus próprios passos, não serei mais acadêmica, serei profissional, há de ser o maior passo de minha vida!

Ainda lembro-me dos meus amigos, aqueles cujo sorriso eu levarei eternamente comigo.

Marcelo, como sorrimos junto! Como brincamos! Quanta força você me deu, quanto incentivo! Você me ensinou a ajudar sem ver a quem, sem perguntar porque, sem esperar algo em troca...

Lisian, minha companheira, me ensinou e ajudou tanto! Quero que todos saibam a amiga que você foi, e se hoje não estudamos juntas, eu ainda a trago dentro do meu coração.

Cibele, você não foi menos importante. Vivemos grandes momentos acadêmicos. Você ganhou um filho e eu ganhei um afilhado, se não fosse você me dar a mão e me ensinar a caminhar em frente, não sei onde eu estaria agora.

Graziela, minha grande amiga, minha grande força, quanta coisa a gente viveu, quantos trabalhos, quantas provas! Acredito que Deus me abençoou mais uma vez quando nos fez caminhar juntas, sei que não ganhei apenas uma amiga, ganhei uma irmã!

Ao finalizar este curso tenho a certeza de que vivi, foram caminhos difíceis, caminhos estes, que com certeza, me ensinaram a ser melhor!

Cinthia

Chegou a hora de decidir por uma profissão, ainda nem terminei o segundo grau, mas a data da inscrição do vestibular me faz lembrar, que tenho que escolher um futuro profissional.

A dúvida é grande entre administração e enfermagem, mas a enfermagem é a profissão que desde criança sonhei e, como enfermeira poderei dar uma “força” maior para o meu afilhado, assim espero, assim seja!

Prestei o vestibular mais por experiência do que por convicção de entrar numa universidade.

Era um dia lindo de sol, e estávamos todos na praia, minha mãe ouvia walkman, e de repente, gritava e festejava porque tinha ouvido o meu nome entre os aprovados. Não acreditei até ler o meu nome no jornal. E assim, estava eu ali pela primeira vez numa universidade, realizando um sonho, mas estava com medo. Era um mundo tão diferente, com pessoas diferentes, com sonhos diferentes, mas com algo em comum, queríamos lutar pela vida como enfermeiras.

Cursei a primeira fase e metade da segunda fase, estava cansada, pois vínhamos de uma extensa greve na qual os semestres tornaram-se tumultuados e uma grande reviravolta ocorreu na minha vida: CASEI!! Assim tranquei o curso para trabalhar e me habituar a esta nova etapa da minha vida.

Voltei dois anos depois, não mais aquela menina inexperiente de 17 anos. Sentia que tinha crescido como pessoa, já não estranhava tanto esse mundo que me espantou no início do curso, mas sim, via nele uma grande oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Neste mundo universitário tive o prazer de ter sempre ao meu lado, um dos melhores presentes da vida: uma amiga! Amiga que tornou-se parte de mim, membro de minha família, amiga que me encorajou, secou minhas lágrimas, fazia-me dar gostosas gargalhadas e crescia junto comigo, na luta do dia a dia, na esperança de um futuro bem melhor. Valeu Cinthia! Espero que continuemos seguindo juntas na descoberta do mundo...

Para surpresa maior, neste mundo universitário tive uma mãe, se assim posso chamar aquela linda professora que com seu olhar meigo e sincero, que com sua

mão que parece ser de energia pura, que com suas palavras certas nas horas certas, fez um sonho tornar-se realidade. Jamais poderei esquecer, daquela experiência de poder sentir um membro da minha família através desta professora. Obrigada Alcione por tudo! Agradeço, porque depois de te conhecer, nunca mais fui e nem serei a mesma.

É! Na universidade acontecem coisas que só vendo para crer. Quando pensei que mais nada poderia me causar admiração, mais uma vez a vida mostra que não é bem assim.

Estava novamente em dúvida. Chegou a 8ª fase, a última do curso! É hora de escolher algo no que realmente a gente se “encaixe”, e foi aí que pintou na minha vida, mais um professora que, com certeza terá sempre o seu cantinho no meu coração. Mostrando aquilo que já tínhamos visto, mas com outros olhos, a apaixonante área da saúde da mulher! Assim começamos a trabalhar, no início sentia-me tímida, com medo de expor os verdadeiros sentimentos e idéias. Alguns problemas no trabalho decepcionavam e causavam vontade de desistir! Nessas horas ali estava ela, estimulando, nos mostrando que precisávamos dar a volta por cima, pois assim, teríamos experiência suficiente para enfrentar certos problemas como profissionais; nos mostrando, através de sua própria experiência de vida, que tudo se pode quando se batalha com vontade. E mais uma vez, uma professora me fez ver o mundo com outros olhos. Obrigada Olga, por mais esta lição!

E agora, ao sentar e escrever estas linhas, uma lágrima rola em meu rosto! Por todos os momentos vividos, por toda experiência adquirida, por deixar para trás esse mundo novo que aprendi a amar e respeitar, pelas pessoas que mesmo anonimamente se fizeram importantes.

Aqui encerro mais uma etapa da minha vida, com um grito preso na garganta de vitória, e com esperanças e sonhos que me fazem seguir em frente.

Graziela

Acredito que a universidade é um “mundo” de aceleradas mudanças, onde é preciso querer, viver, arriscar, ser participativo e aprender. Estudar, é ter coragem de enfrentar e lidar com as causas pelas quais vale a pena lutar.

Entrei para a enfermagem, sabendo que a profissão não é valorizada como deve ser, sabendo que os salários não são dignos, porém com o pensamento de que nem tudo que desejamos, o dinheiro pode comprar. Ele pode comprar a cama, mas não o sono; os remédios, mas não a saúde; a diversão, mas não a felicidade.

Hoje, se eu pudesse viver novamente minha vida como acadêmica, trataria de cometer mais erros. Não tentaria ser perfeita, relaxaria mais, seria menos rígida do que tenho sido.

Pisando em terra firme, sei que meu presente é o que tenho de mais precioso, porque é um pouco de mim mesma.

Aos professores... tenho pouco a dizer e muito a agradecer. Percebo que o professor na arte da vida, faz pouca distinção entre educar e ensinar. Penso que dificilmente sabe distinguir um do outro. Creio que eles simplesmente persegue sua visão de excelência em tudo o que faz, deixando para os alunos a decisão de saber se ele está educando ou educando-se. Acredito que está sempre fazendo ambas as coisas simultaneamente. É por isso que ofereço aos professores que transmitiram-me os ensinamentos da acadêmica, o título de mestre.

Ao grande Pai, agradeço por nunca me abandonar nos momentos difíceis e por permitir que chegasse até aqui.

De tudo que vivi como acadêmica ao realizar o trabalho de conclusão de curso, ficaram algumas certezas: Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte e da procura um encontro.

Cristiane

13 - APÊNDICES

APÊNDICE 1

A Grande Ameaça



O INSTITUTO NACIONAL DO
CÂNCER PREVÊ QUE O CÂNCER DE
MAMA É O QUE TERÁ MAIOR NÚMERO
DE NOVOS CASOS EM 1997 NO BRASIL.

MAMA	28.310
COLO DE ÚTERO	20.500
ESTÔMAGO	19.820
PULMÃO	19.015
COLO E RETO	17.630
PRÓSTATA	14.020
BOCA	7.350
ESÔFAGO	6.550

Câncer de Mama-Fatores de Risco

☞ IDADE E SEXO

- RARO EM HOMENS
- MULHER COM MAIS DE 30 ANOS

☞ RAÇA

- MAIOR EM MULHERES DE RAÇA BRANCA.

☞ HEREDITARIEDADE

- HISTÓRIA FAMILIAR AUMENTA O RISCO EM TRÊS VEZES.
- PARENTES EM PRIMEIRO GRAU TEM UM RISCO QUARENTA VEZES MAIOR.

☞ ANTECEDENTES PESSOAIS

- RISCO CINCO VEZES MAIOR PARA MULHERES QUE JÁ TRATARAM UM TUMOR PRIMÁRIO.
- RISCO UMA VEZ MAIOR PARA MULHERES COM CÂNCER DE OVÁRIO.

☞ FATORES MENSTRUAIS E REPRODUTIVOS

- MENARCA PRECOCE .
- MENOPAUSA ANTES DOS 45 ANOS.
- MENOPAUSA ARTIFICIAL

☞ PESO CORPORAL E DIETA

- RISCO DE DUAS VEZES MAIOR EM MULHERES OBESAS.
- EXCESSO DE GORDURA NA DIETA.

☞ ÁLCOOL

- INGESTÃO DE ÁLCOOL AUMENTAM O RISCO DO CÂNCER DE MAMA.

Câncer de Mama-Como Descobrir

☞ ATRAVÉS DO AUTO EXAME DE MAMAS

☞ TODA MULHER DEVE FAZER O EXAME UMA VEZ POR MÊS.

☞ REALIZAR UMA SEMANA APÓS A MENSTRUACÃO.

☞ APÓS A MENOPAUSA EXAMINE NO PRIMEIRO DIA DE CADA MÊS.

☞ APÓS 40 ANOS FAÇA MAMOGRAFIA ANUAL.

Câncer de Mama-Sinais de Alarme

☞ NÓDULO NA MAMA.

☞ DEFORMAÇÃO NA MAMA.

☞ RETRAÇÃO DO MAMILO.

☞ SALIÊNCIA DA PELE DA MAMA.

☞ SECREÇÃO NO MAMILO.

☞ MAMA AVERMELHADA.

☞ CAROÇO NA AXILA.

Câncer de Mama-Como Prevenir

- ✿ EVITAR BEBIDAS ALCOÓLICAS.
- ✿ EVITE EXCESSO DE PESO.
- ✿ EVITE ALIMENTOS RICOS EM GORDURA.
- ✿ COMA ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A.
- ✿ EVITE A PRIMEIRA GRAVIDEZ APÓS OS 30 ANOS.
- ✿ USE HORMÔNIOS SÓ COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO.

Câncer de Colo de Útero *Fatores de Risco*

- ◆* INÍCIO PRECOCE DA ATIVIDADE SEXUAL ANTES DOS 16 ANOS.
- ◆* MÚLTIPLOS PARCEIROS SEXUAIS.
- ◆* FALTA DE HIGIÊNE ÍNTIMA.
- ◆* DOENÇAS QUE SÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
- ◆* EXPOSIÇÃO AO PAPILOMA VÍRUS, TRANSMITIDO SEXUALMENTE.
- ◆* FUMO.

Câncer de Colo de Útero *Sinais de Alarme*

&DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL.

&SANGRAMENTO VAGINAL DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL.

&CORRIMENTO VAGINAL FÉTIDO OU COM SANGUE.

&HEMORRAGIA VAGINAL.

Câncer de Colo de Útero *Como Prevenir*

🚫EVITE MÚLTIPLOS PARCEIROS.

🚫REALIZE HIGIENE ÍNTIMA ADEQUADA.

🚫FAÇA O EXAME PAPANICOLAU ANUALMENTE.

🚫NÃO FUME.

🚫USE CAMISINHA.

Câncer de Colo de Útero

Exame Papanicolaou

✂ EXAME GINECOLÓGICO.

✂ COLETA DO MATERIAL DO COLO DO ÚTERO E DA VAGINA.

✂ NÃO É DOLOROSO.

✂ É RÁPIDO.

✂ A FREQUÊNCIA DEPENDE DO RESULTADO DO EXAME.

✂ TODA MULHER APÓS O INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL OU APÓS OS 18 ANOS.

Câncer de Colo de Útero

Estadiamento Clínico

✂ CLASSE I	✂ NORMAL	}	CONTROLE
✂ CLASSE II	✂ INFLAMAÇÃO		ANUAL
✂ CLASSE III	✂ DISPLASIA	}	CONTROLE TRIMESTRAL
✂ CLASSE IV	✂ IN SITU		
✂ CLASSE V	✂ INVASIVO		

14 - ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

Previna-se do Câncer de Colo Uterino.

**Mulher que se ama
se cuida.**

Programa de
Prevenção do Câncer
de Colo Uterino
CEPON



**Prevenção,
a verdadeira
cura do câncer.**

Previna-se do Câncer de Mama.



**Mulher que se ama
se cuida.**

Programa de
Prevenção do
Câncer de Mama
CEPON



**Prevenção, a verdadeira
cura do câncer.**

Como Descobrir

Todas as mulheres devem fazer o exame preventivo uma vez por ano a partir do início da atividade sexual ou após os 18 anos. Para fazer o exame preventivo marque uma consulta no médico de sua confiança ou nos postos de saúde.

Fatores que aumentam o risco

Início precoce da atividade sexual - antes dos 16 anos
Múltiplos parceiros sexuais
Falta de higiene íntima
Doenças sexualmente transmissíveis
Fumo
Exposição ao papilomavírus, transmitido sexualmente

Principais Sinais

Não existem sintomas na fase inicial da doença. Só o exame preventivo diagnostica.
Se você tem alguns destes sintomas, procure seu médico:

- Sangramento vaginal ou dor durante a relação sexual;
- Corrimento vaginal fétido ou com sangue;
- Hemorragia vaginal.

Tem cura?

O Câncer de Colo Uterino é o tumor ginecológico mais frequente na mulher brasileira. É curável quando diagnosticado em fase inicial. Em estágio avançado não tem cura e mata.

Serviço de Radioterapia do Hospital de Caridade

Fone: (048) 223-2919

Rede Feminina de Combate ao Câncer

Fone: (048) 223-7722



CEPON
Centro de Pesquisas Oncológicas
Serviço Social - (048) 224-9033



Como Descobrir

Através do auto exame das mamas. Toda mulher deve fazer o exame uma vez por mês, uma semana após a menstruação. Após a menopausa, examine as mamas no primeiro dia de cada mês.
Após os 40 anos faça mamografia anual.
Procure o seu médico para exame físico regular e palpação das mamas.

No banho

Com seus dedos esticados, com a pele molhada ou ensaboada para deslizar melhor, pressione suavemente a superfície da mama procurando alguma saliência, caroço ou espessamento. Não esqueça: mão direita para examinar mama esquerda e mão esquerda para examinar mama direita.

Deitada

Coloque a mão direita atrás de sua cabeça. Com os dedos indicador e médio da outra mão esticados pressione suavemente a mama direita, com movimentos circulares, da periferia da mama até o mamilo. Faça o mesmo para examinar a mama esquerda.

Em frente ao espelho

Procure inchaço, depressão da pele ou alterações no mamilo de cada mama, primeiro com os braços caídos ao lado do corpo, depois com os braços para o alto, acima da cabeça. Poucas mulheres apresentam mamas exatamente iguais.

Procurando secreção

Aperte suavemente o mamilo de cada mama, com os dedos polegar e indicador. Se aparecer secreção abundante ou sanguinolenta fale imediatamente com seu médico.

Principais Sinais

Qualquer nódulo na mama.
Qualquer deformação ou alteração no contorno natural da mama.
Qualquer retração ou desvio do mamilo.
Qualquer saliência ou reentrância da pele da mama.
Eczema em torno do mamilo ou da aréola.
Perda de sangue ou derrame pelo mamilo.
Caroço duro na axila.

Como Prevenir

Evite bebidas alcoólicas, excesso de peso e alimentos ricos em gordura animal.
Coma alimentos ricos em vitamina A.
Evite a primeira gravidez após os 30 anos.
Use hormônios apenas com acompanhamento médico.
Faça exercícios físicos regularmente.

Tem cura?

O Câncer de Mama, quando descoberto a tempo, é curável. Quando notar qualquer um dos sinais, procure seu médico.



CEPON
Centro de Pesquisas Oncológicas
Serviço Social - (048) 224-9033



Serviço de Radioterapia do Hospital de Caridade Fone: (048) 223-2919
Rede Feminina de Combate ao Câncer Fone: (048) 223-7722

ANEXO 3







ANEXO 4

CONVIDAMOS
TODAS AS MULHERES
PARA PARTICIPAREM
DE UM GRUPO ABERTO
VISANDO CONVERSAS SOBRE
SAÚDE

DA

MULHER

LOCAL: CASARÃO

DATA: TODAS AS SEXTAS-FEIRAS

HORA: 18:30

Acadêmicas de Enfermagem e
Psicologia da UFSC

ANEXO 5



ANEXO 6

Prevenção do câncer ginecológico



Curso de Enfermagem da UFSC, é desenvolvido em 8 semestres acadêmicos, sendo na fase do curso, o aluno estágio curricular obrigatório, em contato direto com o profissional, realiza atividades práticas, orientadas e avaliadas. No último semestre, as alunas

Cristiane Mello, Cinthia Pereira, Graziela Nunes, estão inovando o Curso de Enfermagem, pois estão contando com a participação de Karina Zaccaron da Silva, acadêmica de psicologia da UFSC, para juntas trabalharem com interdisciplinaridade. Ambas estão desenvolvendo um estágio na comunidade da Lagoa da Conceição, em Florianópolis. "Estamos buscando a sensibilização das mulheres para a prevenção do Câncer Ginecológico (câncer de mama e de colo de útero). A partir desta proposta, estamos convidando todas as mulheres da Lagoa e comunidades vizinhas a participarem de um grupo aberto de mulheres, para

dialogar sobre saúde da mulher" acrescentam as estudantes. O encontro acontece todas as sextas-feiras, às 18:30h no Casarão da Lagoa.

Aqui vai um alerta para as mulheres! O Câncer Ginecológico é um importante problema de saúde pública e o que apresenta maior número de casos e que está levando as mulheres ao óbito. A prevenção é a melhor arma contra o Câncer Ginecológico, quando detectado precocemente, possibilita a cura. Toda mulher deve realizar o exame Papanicolau anualmente e o auto-exame mensalmente. Se é encontrado alguma alteração, procure um médico ou vá ao posto de saúde. Quem se ama, se cuida.

Reflexologia

A reflexologia é uma técnica de massagem que se baseia no princípio de que existe nos pés zonas reflexas que correspondem a todas as partes do corpo. Cada ponto principal do corpo é representado por uma pequena área na planta do pé. A causa de muitas doenças é a tensão ou a falta de circulação sanguínea em certas áreas. Assim, detectando as áreas de tensão, podemos detectar blocagens e desequilíbrios que uma vez trabalhados, o corpo harmoniza e leveza. Os tratamentos passados estão às mãos dos reflexólogos e podem agir diretamente, nos condicionando e melhorando nossa personalidade e nossa saúde física e mental. Reflexologia Orgânica e podemos fazer uma leitura dos corpos, mental, físico e emocional. Valer nossos pontos fortes, nossas defesas, drenar o que não funciona, integrar e fortalecer nossos pés a vida.

Massoterapia, reflexologia formada em 1970, no Institute of Reflexology e na Escola de Soins Naturelle.

Relaxamento: Um resgate milenar

Ana Frain
Terapeuta Corporal

Existe uma cultura milenar que preocupa-se muito com os detalhes e as pequenas coisas que acabam passando despercebidas em nosso cotidiano. Preocupa-se com o movimento mais sutil dos corpos, com as mais variadas faces, com diálogo, com os olhares expressivos de uma criança e o simples prazer de estar junto a natureza.

Essa cultura na qual falamos, a oriental, preocupa-se com os espaços vazios, os intervalos e a naturalidade dos gestos humanos. Não se preocupa-se como resgata chegando mesmo a copiar gestos de animais sistematizando-os em forma de sequências que beneficiam a saúde e previnem a doença, temos como exemplo a Yoga, o Tai-chi-chuan.

Hoje o povo ocidental copia ou transcreve a sua maneira diversas técnicas que já beneficiaram milhares

de pessoas, tentando resgatar o ritmo perdido. A vida moderna

através destas técnicas de relaxamento as pessoas tentam entrar em harmonia com a natureza, com as pessoas a volta e consigo mesmas, o que torna um fator primordial para a relação nos grupos de amigos ou de trabalho.

Na verdade não há nada de novo e sim tudo de novo. O movimento do indivíduo em busca da sua integração e equilíbrio é insuperável. O relaxamento deve fazer parte de nossas vidas, é o único tempo que as pessoas têm. Tudo isso já foi falado, discutido e praticado pelos orientais. Existe um momento para cada um despertar e pensar que seja o momento propício para nos orientais entrarmos mais em harmonia com o ritmo da vida e tentarmos aproveitar esta herança milenar nos deixada como legado, tentando fazer dela a nossa prática diária.

SAÚDE BUCA

Prevenção

De olho no futuro

Regina Portella

Em todas as áreas da saúde tem-se como grande preocupação a prevenção. Na área médica isto já está bastante difundido. São feitas seguidas e insistentes grandes campanhas publicitárias de forma a conscientizar a população em geral dos benefícios da prevenção.

Na odontologia não poderia ser diferente. O dentista, assim como o médico previne ou diagnostica uma doença quando ela recém começa a se instalar no organismo.

Cárie também é uma doença. Uma doença que se estabelece na boca, em alguns casos, anos antes do aparecimento de seus sinais clínicos - as lesões. Logo é possível diagnosticar e interferir no processo cariioso antes que as cavidades apareçam.

Algumas manchas brancas que aparecem nos dentes são o primeiro sinal clínico de que a doença cárie se desenvolveu. Sabe-se hoje em dia que, neste estágio, a cárie é reversível, não continuando a se desenvolver se certas medidas forem tomadas pelo profissional e pelo paciente.

Sabe-se que a melhor forma de prevenir cárie e doença periodontal (gengiva) é ter cuidados diários com higiene bucal, usar flúor (creme dental) e controlar o consumo de açúcar.

Estes hábitos devem ser adquiridos desde a mais tenra idade, pois bons hábitos nos acompanham por toda a vida, assim o jovem que tem cuidados com os seus dentes será um adulto com uma dentição saudável que com certeza chegará a mais avançada idade com todos os seus dentes na boca.

Portanto uma avaliação periódica, um acompanhamento constante do seu dentista, e bons hábitos de higiene são fundamentais para uma boa saúde bucal por toda a vida.

Sartori odontologia
3168
Comercial Via Lagoa
Isidoro da Silveira - sala 204
Florianópolis - Santa Catarina
Fone/Fax: (048) 232-0346
CEP 88062-060

ODONTOLOGIA INFANTIL
Karen Glazer de A Peres
CRO/SC 3925
Mestrada e Especialista em Odontopediatria e
Odontologia Preventiva - USP/UFSC
Comercial Via Lagoa - Sala 201
Telefones: 232-0305/980-4572
LAGOA DA CONCEIÇÃO

REGINA CRISTINA PORTELLA NUNES
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO/SC 4130
Pós Graduada em
Dentística Restauradora
Convênios
RUA MANOEL ISIDORO DA SILVEIRA, 610
SALA 109 - COM. VIA LAGOA
FLORIANÓPOLIS - SC
FONE: (048) 232-0501
983-5142


RESTAURANTE
CAPITÃO PORTELEZA
FRUTOS DO MAR
PETISCOS
SERVIÇOS À LA CARTE
À beira rio.
A natureza está
a sua espera.
Venha desfrutar.
fones: (048) 232 3147
972 4433 - 972 5569
FORTALEZA DA BARRA
Rua Laurindo de Souza, 206
Barra da Lagoa
Fpolis - SC - Brasil

da LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Convênios:
UNIMED, IPESC,
ETROSUL, CASSI,
RREIOS, TELES,
E OUTROS
Via Lagoa - Piso Superior
Fone 232-1064

Similibus
FARMÁCIA HOMEOPÁTICA
234-3692
ANTROPOSOFIA
FLORAIS (ALASKA, AUSTRÁLIA,
BACH, CALIFORNIA, DESERTO, MINAS)
HORÁRIO: 2ª A 6ª DAS 08 AS 19 h - SÁBADO DAS 08 AS 13h
Centro Executivo Ernesto Pausewang
Rua Lauro Linhares, 1849 Loja 04 - Trindade

JORNAL DA

LAGOA

11

ANEXO 7

OTAS

Editorial

A homenagem à Getúlio Vargas

...reiteira que faz a am-
telefônica em Santo
está remendando algu-
...as no centro de San-
ro, ao invés de refazei-
...ompleto. Prefeitura de
maro precisa acordar
no profuuuunndo...

...o de Palhoça, liderado
...ereador Nazareno
e pelo Joaquim Velho,
...ssistir Brasil x Argen-
...taracanã, na última quar-
...Não levaram sorte, pois
...o não jogou nada.

Armando Taranto
...o médico que disputou
...es para prefeito de An-
...em 1996, comanda a
...esta sexta-feira o gran-
...ão Crioulo no CTG Os
...s, em São José.

...alar em CTG, de para-
...CTG Boca da Serra
...Amário) pela excelente
...ação do 1º Torneio de
...alizado no final de se-
...ssado. Dr. Laerte Ro-
...a mostrando sua com-
...como Patrão do CTG.

...limento dos garçons
...l Plaza Caldas é nota-
...mente o Hotel Plaza
...rdadeira escola, que
...dos anos deu empre-
...nou profissionais ex-
...O métri Carlinhos
...cente Silveira) é um
...o disso. Está há 17
...Hotel. Parabéns!

...ino Motos, agora com
...ra "Honda" está com
...nova loja no baixo
...m Palhoça. Dia 14 de
...ne clientes, fornecedo-
...igos para inaugurá-la.

...inha Luiza Moreira
...comemora neste do-
...eis aninhos. Reúne
...has do colégio para
...orar. Parabéns!

...o Kloppel, Ernesto
...Alberto Beppler,
...Souza e seu funcioná-
...inho Espíndola (Palho-
...sca, Neguinho (Posto
...hann)... Enfim, nenhum
...a mais no Figueirense.

Neste dia 1º de maio - Dia do Trabalhador - nada mais justo do que relembrar o estadista Getúlio Vargas. O presidente brasileiro que mais fez e mais defendeu os trabalhadores em todos os tempos da história de quase 500 anos do Brasil. Getúlio governou o Brasil com "mão-de-ferro", numa ditadura que durou longos 15 anos. Mas nesse período Vargas instituiu o voto

feminino, criou a CLT, a Petrobrás, a Vale do Rio Doce, etc. Tudo que se vê de grande e importante no Brasil atual, teve a mão de Vargas no passado. Foi sem sombras de dúvidas, o maior dos maiores presidentes que o Brasil já teve. Foi tão bom, mesmo governando através de golpe a partir de 1930, que mais tarde, na década de 1950 voltou à presidência através do voto direto.

Neste dia primeiro, pelas atuais circunstâncias, o trabalhador brasileiro não tem muito o que comemorar. O dinheiro está difícil de ganhar e fácil de gastar. Não há crescimento e o Governo FHC se vangloria encima de um plano que usa a agricultura para sobreviver. Vale então, lembrar Getúlio Vargas, que recebe nossa homenagem!

OPINIÃO

Câncer Ginecológico: Como prevenir

Acadêmicos de Enfermagem da UFSC (8ª fase) *

O curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina dispõe de 8 semestres, durante os quais o aluno adquire diferentes experiências no campo profissional, a fim de construir uma formação fundamental para o seu futuro desempenho. Na última fase do curso (8ª fase), o aluno realiza um estágio curricular obrigatório, no qual, em contato direto com o ambiente profissional, desenvolve atividades programadas, orientadas e avaliadas, ligadas a sua formação profissional. Ao final deste, os alunos desenvolvem a Monografia, onde relatam as experiências vivenciadas. Neste semestre, os acadêmicos Graziela Nazaré Nunes, Cynthia R. M. Pereira e Cristiane C. Mello, estão desenvolvendo um estágio na comunidade da Lagoa da Conceição, buscando a

sensibilização das mulheres para a prevenção do câncer ginecológico (câncer de mama e de colo de útero). Dentre os seus objetivos está a divulgação da prevenção do câncer ginecológico. O câncer ginecológico constitui importante problema de saúde pública, que possui o maior número de casos e o que mais leva mulheres à morte. A prevenção é a nossa melhor arma contra o câncer ginecológico, quando detectado precocemente há grandes possibilidades de cura. Toda mulher deve realizar o exame papanicolau anualmente e o auto exame de mama mensalmente. Uma semana após a menstruação, ou no caso da menopausa sempre no mesmo dia do mês. Auto exame de mama: 1) Diante do espelho, levantar os braços e observe se

existe alguma alteração no contorno das mamas, na pele, na auréola e mamilo. 2) Deitada ou no banho coloque o braço direito atrás da cabeça e com as pontas dos dedos da mão esquerda você realizará movimentos circulares da mama direita, na procura de nódulos (caroços), em seguida repita com a mama esquerda. 3) Esprema o bico do seio e veja se sai sangue ou alguma secreção. Em caso de qualquer alteração procure seu médico ou posto de saúde. Câncer ginecológico, sua cura está na prevenção, sendo esta a nossa melhor arma.

* Acadêmicos de Enfermagem da UFSC (8ª fase): Graziela Nazaré Nunes, Cynthia R. M. Pereira e Cristiane C. Mello.

FRASES DA SEMANA

* "Nós não vamos tirar o leitinho das nossas creches para investir dinheiro numa obra que é de responsabilidade da Prefeitura de Palhoça", prefeito Dár Berger (PFL), de São José, sobre o término da ligação Palhoça-São José, na reunião de prefeitos da Grande Florianópolis, em Santo Amaro.

* "O prefeito Dário é incompetente, pois ainda não foi nada para que esse problema se resolva. Seu eu fosse prefeito já teria construído esta ponte...", Paulo Vidigal, sobre a Ponte de Imarum, Idem.

* "A responsabilidade não é do Estado porque a estrada não é estadual, é municipal...", Secretário Walter Gallina, adjunto dos Transportes e Obras do Estado, Idem

* "Vamos dar continuidade às obras das fossas e bueiros e vamos priorizar de imediato a recuperação da malha viária municipal", vice-prefeito Osvaldo Prim, que assume a prefeitura de Águas Mornas por 30 dias.

* "Os flamenguistas já se acostumaram com o Flamengo a perder jogos na decisão. Chega mas não ganha... Agora quem não se acostumou ainda com isso são os vascaínos, que continuam fazendo festa quando o Flamengo perde", Antônio Carlos Ventura, sobre a velha paixão dos vascaínos com relação às derrotas do "mais querido do Brasil".

* "Tudo foi feito para que os contribuintes recebesse o carnê do IPTU para pagamento com desconto até dia 30 de abril. Só não pagou quem não quis", Secretário José Carlos de Oliveira, sobre o trabalho da Prefeitura de Palhoça com relação ao IPTU.

DE ONTEM

"Vamos terminar esse acesso até o final do ano", então Secretário dos Transportes e Obras do Estado José Hülse, sobre o acesso à Santo Amaro pela R. Mansur Elias, em 1996.

MÁRIO VIANA SERVIÇOS DE JARDINAGEM

Especializado em:

- Manutenção e limpeza de jardins residenciais
- Plantação de grama, árvores, plantas e flores
- Recuperação e manutenção de canteiros de flores

☎ 245-1706



REGIONAL

GRANDE FLORIANÓPOLIS

criada em 05 de agosto de 1988

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Diretor Geral e Editor

Jornalista Luiz Carlos Goedert

DRT/SC Nº 486

Atendimento ao LEITOR - ASSINANTE - ADQUIRANTE

FONE/FAX (048) 245-1590

Assinatura Semestral R\$ 45,00

Diretora Comercial: Aurélia K. M. Goede

Distribuição: Alexandre Neumayr

Montagem por editoração eletrônica e laboratórios de fotolitos em Santo Amaro.

Os arti-
não cor-

...os e matérias assinadas (inclusive columnas)
...dem, necessariamente a opinião do Jornal.

ANEXO 8



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que CRISTIANE CORRÊA MELLO participou DA IIIª JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFSC no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de PARTICIPANTE

Forquimópolis, (SC) 05 de maio de 1998

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

CF-7110

Rec. n. 21

Livre n° 105

11. 11. 11.

Visto



MINISTERIO DA EDUCACAO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que CRISTIANE CORRÊA MELLO

participou DA III JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de AUTORA DO TEMA:

BUSCANDO A SENSIBILIZAÇÃO DA MULHER PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO

PROBLEMATIZADORA

Florianópolis, (SC), 08 de maio

de 19

98

Reg. n.º

Livro n.º

Fls. n.º

PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

Visto

CES/HU

ANEXO 9

[illegible]

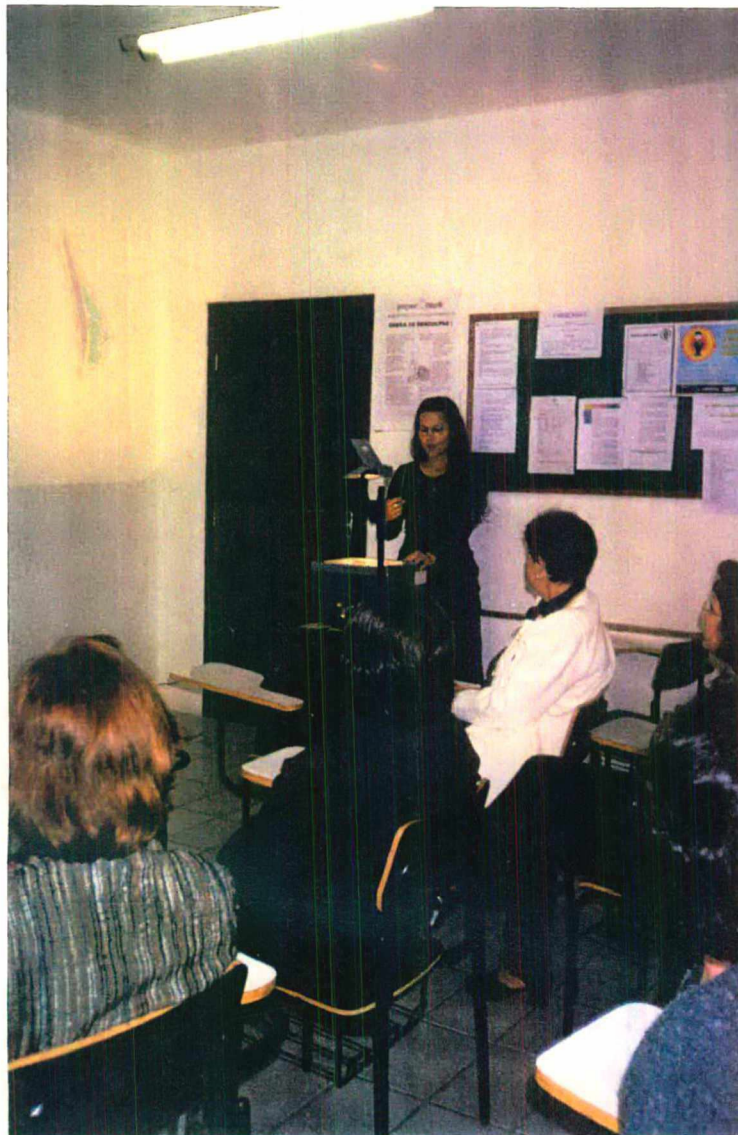
NOME	IDADE	DATA	ASSINATURA
Viviana da Rosa	13	5/5/98	[Signature]
Miriam Regina Silva	14	5/5/98	X
Rafaela Rêgina Silveira	13	5/5/98	[Signature]
Eduardo Almeida	16	5/5/98	
Fabio Maciel Camp	14	5/5/98	[Signature]
Marina Santa Marques	15	5/5/98	[Signature]
Pedro de Sousa	16	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	13	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	16	5/5/98	-
Ricardo Lima	12	5/5/98	-
[Name obscured]	14	5/5/98	[Signature]
Kamila Gabriela Pereira	13	5/5/98	(Kamila)
Dilene de Freitas	12	5/5/98	[Signature]
Zelma T Martins	12	5/5/98	(Zim)
Monique da Rocha	13	5/5/98	[Signature]
Gina Paula de S. Ferraz	12	5/5/98	[Signature]
Moisés M. Oliveira	13	5/5/98	-
Filipe Duarte Choppo	13	5/5/98	Filipe Duarte Choppo
Gonçalo Pereira	13	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	14	5/5/98	[Signature]
Yago Espindola	13	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	14	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	15	5/5/98	[Signature]
Kelly Gomes f.	14	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	17	5/5/98	[Signature]
Deivid S. Miranda	17	5/5/98	[Signature]
Tulin C Berto Verani	17	5/5/98	[Signature]
Julianna Trus	17	5/5/98	Julianna Trus
[Name obscured]	15	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	16	5/5/98	[Signature]
[Name obscured]	16	5/5/98	[Signature]
Carolina Moreira	16	5/5/98	Carolina Moreira
Fabiana B machado	16	5/5/98	Fabiana Machado
Gossiano B B	16	5/5/98	Gossiano B B
[Name obscured]	17	5/5/98	[Signature]

Nome	DATA	IDADE	ASSINATURA
Karen F. Gesser	06-05	16	KAREN F. GESSER
Andréia S. Pium	06-05	18	Andréia S. Pium
André W. S.	0-5	15	
Marcos R. de Oliveira	06-05	17	Marcos R. de Oliveira
Jefferson A. Souza	06-05	16	Jefferson A. Souza
Daniela Barbosa	06-05	17	(circled signature)
Regiane Duarte	06-05	16	Regiane Duarte
Simoneira Silva	06-05	16	Simoneira Silva
Guilherme K. de	06-05	15	Guilherme K. de
Sully Sell	06-05	16	Sully Sell
Inara Rosa Beltrão	06/05	15	Inara Rosa Beltrão
Elizabeth Calegari Bum	06/05	16	Elizabeth C. Bum
Jamara Machado	06/05	15	Jamara Machado
Julia Fátima Silva	06/05	16	Julia Fátima Silva
Cláudia Pacheco	06/05/98	16	Cláudia Pacheco
Wendy Góes Garcia	06/05/98	16	Wendy Garcia
Tatiana C. Alves	06/05/98	16	Tatiana C. Alves
Guilherme da Silva	06/05/98	16	Guilherme da Silva
Alina dos Santos	06/05/98	16	Alina dos Santos
Carolina de Santos	06/05	16	Carolina dos Santos
Carolina F. Silveira	"	16	Carolina F. Silveira
Karyne de Souza	"	15	Karyne de Souza
Marcia A. Monteiro	"	15	Marcia Monteiro
Josiane Pereira Córdova	"	16	Josiane P. Córdova
Rafaela Carmem Rodrigues	06/05/98	16	Rafaela C. Rodrigues
David S. Miranda	06/05/98	17	David S. Miranda
Samira B. Kukat	06/05/98	16	Samira B. Kukat
Renata Mainardi	06/05/98	15	Renata Mainardi
Dora Braga	06/05/98	16	Dora Braga
Keli C. Marini	06/05/98	15	Keli C. Marini
Marcos Souza	06/05/98	16	Marcos Souza
Andressa Góes de Souza	06/05/98	15	Andressa Góes de Souza
Ulisses C. M. Duarte	06/05/98	15	Ulisses C. M. Duarte
Priscila de Souza	06/05/98	17	Priscila de Souza
Amélia de Souza	06/05/98	15	Amélia de Souza
Marcos de Souza	06/05/98	15	Marcos de Souza

PARTICIPEI DE PALESTRA SOBRE CÂNCER GINECOLÓGICO

NOME	IDADE	DATA	ASSINATURA
1. Maria Clara	32	29-05	Maria Clara
2. Tereza de Jesus	33	29/05	Tereza
3. Tereza de Jesus	32	29.05	Tereza
4. Bianca Rocha	23	29.05	Bianca
5. Luciana Soares	29	29/05	Luciana
6. Tereza de Jesus	42	29/05	Tereza
7. Maria Ângela Bello	44	29/05	Maria Ângela Bello
8. Tatianna C. de Campos	28	06/08	Tatianna C. de Campos
9. Kátia R. C. de Jesus da Silva	25	29/05	Kátia
10. Maria da Silva Pereira		29/05	Maria Pereira
11. Maria Clara	43	29/05	Maria Clara
12. Tereza de Jesus		29/05	Tereza
13. Maria Clara		29/05	Maria Clara
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

ANEXO 10





ANEXO 11





ANEXO 12



ANEXO 13



ANEXO 14



CERTIFICADO

Certificamos que CINTHIA REGINA MENDES PEREIRA

PARTICIPA DA DEMONSTRAÇÃO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO UTERINO E DE MAMA NA ENFERMAGEM NO SHOPPING, REALIZADO NA 59ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.

no período de 15/05/98. em FLORIANÓPOLIS-SC.

num total de - horas.

Uma promoção DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO DE SC.

Florianópolis, 15 de MAIO de 1998.

Presençhas
Coordenador

ANÍBAL

Presidente da ABEn-SC



CERTIFICADO

Certificamos que CRISTIANE CORRÊA MELUO

PARTICIPOU DA DEMONSTRAÇÃO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVIDO UTERINO
E DE MAMA, NA ENFERMAGEM NO SHOPPING, REALIZADO NA 59ª SEMANA BRA
SILEIRA DE ENFERMAGEM.

no período de 15/05/98. em FLORIANÓPOLIS-SC.

num total de - horas.

Uma promoção DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO DE SC.

Florianópolis, de 11AIO de 1998.

Stenaguer
Coordenadora

Presidente da ABEn-SC



CERTIFICADO

Certificamos que GRAZIELA NAZARÉ NUNES

PARTICIPOU DA DEMONSTRAÇÃO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO UTERINO
E DE MAMA, NA ENFERMAGEM NO SHOPPING, REALIZADO NA 59ª SEMANA BRA
SILEIRA DE ENFERMAGEM.

no período de 15/05/98. *em* FLORIANÓPOLIS-SC.

num total de - *horas.*

Uma promoção DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO DE SC.

Florianópolis, de MAIO *de* 1998.

Prezente
Coordenadora

Prezente
Presidente da ABEn-SC

ANEXO 15

ESCOLA BÁSICA VENCESLAU BUENO
CÓDIGO 750000045530
PALHOÇA - SANTA CATARINA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que CINTHIA REGINA MENDES PEREIRA ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico, para as 7ª e 8ª séries do 1º Grau, nos dias 05 e 06 de Maio do corrente ano, nesta Unidade Escolar.

Palhoça, 06 de Maio de 1998.


.....
Diretora
Rosângela Rodolfo Mazzali
Portaria P/973/95/SED
Diretora

ESCOLA BÁSICA VENCESLAU BUENO
CÓDIGO 750000045530
PALHOÇA - SANTA CATARINA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que CRISTIANE CORRÊA MELLO ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico, para as 7ª e 8ª séries do 1º Grau, nos dias 05 e 06 de Maio do corrente ano, nesta Unidade Escolar.

Palhoça, 06 de Maio de 1998.


Diretora
Rosângela Rodolfo Mazzali
Portaria P/973/95/SED
Diretora



ESCOLA BÁSICA VENCESLAU BUENO
CÓDIGO 750000045530
PALHOÇA - SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que GRAZIELA NAZARÉ NUNES ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico, para as 7ª e 8ª séries do 1º Grau, nos dias 05 e 06 de Maio do corrente ano, nesta Unidade Escolar.

Palhoça, 06 de Maio de 1998.


.....
Diretora
Rosângela Rodolfo Mazzali
Portaria P/973/95/SED
Diretora

CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS

Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim
Palhoça – SC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que CINTHIA REGINA MENDES PEREIRA ministrou Palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional para as turmas de 8ª série do Ensino Fundamental e para as turmas do Ensino Médio, nos dias 06/05 e 14/05 no período matutino.


Mª. Cecília Gonçalves Martins
Secretária
Autização nº. 5119 SEE

Palhoça : 14/05/98.